Analyse inzet civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars



Betreft	Eindrapportage
Datum	15 maart 2016
Opstellers	mr. E. M. en drs. P. de B.

zorgVuldig advies

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting

Zorgverzekeraars beschikken over verschillende civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten om op te treden tegen fouten en vermoedens van zorgfraude door zorgaanbieders. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft verzocht een evaluatieonderzoek uit te voeren naar de inzet van deze instrumenten door zorgverzekeraars. Het door VWS ontvangen signaal voorafgaand aan dit onderzoek is dat het instrumentarium weinig wordt ingezet door zorgverzekeraars. De vraagstelling van het ministerie van VWS ziet op het geven van een kwantitatieve en een kwalitatieve onderbouwing van dit signaal en het doen van aanbevelingen om de inzet van het instrumentarium te verbeteren.

Dit rapport beschouwt het gebruik van het civiel- en tuchtrechtelijk instrumentarium door zorgverzekeraars bij fouten en fraude door zorgaanbieders. De bevindingen in dit rapport zijn gebaseerd op gesprekken met de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (ESTT) en experts van het ministerie van VWS, een online enquête onder zorgverzekeraars en informatie uit verschillende bestaande bronnen. De beleidsmatige conclusies zijn door de onderzoekers afgeleid uit de aangeleverde informatie.

Het onderscheid tussen fouten en zorgfraude.
Zorgverzekeraars nemen het tegengaan van fouten en fraude in de zorg serieus. Bezien vanuit de vraagstelling van dit onderzoek maken zorgverzekeraars een onderscheid tussen de aanpak van fouten en zorgfraude als het aankomt op de inzet van tucht- en civielrechtelijke instrumenten.

Fouten in de context van dit onderzoek, gemaakt door zorgaanbieders waarbij zorgverzekeraars niet tot de constatering zorgfraude komen, worden door zorgverzekeraars aangepakt door controlemechanismen (voor- en achteraf). Het inzetten van de procedure van de onverschuldigde betaling, het terughalen van onterecht uitgekeerde "zorg-euro's", is standaard beleid van zorgverzekeraars in het kader van de formele en materiële controles. Dit is feitelijk de inzet van een civielrechtelijk instrument. Daarbij kunnen zorgverzekeraars ook gebruik maken van het instrument van verrekening, of van het doorberekenen van gemaakte onderzoekskosten. Tot slot maken zorgverzekeraars, in het kader van horizontaal toezicht, in toenemende mate gebruik van preventieve maatregelen om fouten en fraude aan de voorkant tegen te gaan.

Bij **zorgfraude** in de context van dit onderzoek is volgens de door de zorgverzekeraars gehanteerde definitie sprake van overtreding van een regel, wederrechtelijk voordeel en bewust of opzettelijk handelen. In dit geval maken zorgverzekeraars bij handhaving gebruik van het ter beschikking staande opsporings- en handhavingsinstrumentarium. De Maatregelenrichtlijn van Zorgverzekeraars Nederland is daarbij leidend. In de Maatregelenrichtlijn zijn civielrechtelijke instrumenten opgenomen.

De inzet van het civiel- en tuchtrechtelijke instrumentarium
Zorgverzekeraars maken in het kader van de vraagstelling van dit onderzoek inderdaad beperkt, maar voor hun gevoel voldoende, gebruik van het ter beschikking staande tuchtrechtelijke

instrumentarium. De recente uitspraak van de Regionale Tuchtrechter op 8 december 2015, op een door zorgverzekeraars ingediende tuchtklacht met betrekking tot zorgfraude, kan hier verandering in gaan brengen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven het tuchtrechtelijk instrumentarium vaker als optie voor handhavingsbeleid bij zorgfraude te overwegen.

Ten aanzien van de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium komt in het kader van dit onderzoek een beeld naar voren van beperkte inzet van het instrumentarium bij fouten en een gedoseerde aanpak van het instrumentarium in het geval van zorgfraude. De efficiency van de inzet van het instrumentarium kan in beide gevallen omhoog. De Commissie Fraudebeheersing van ZN vervult hierbij een belangrijke rol. Momenteel werkt de Commissie Fraudebeheersing bijvoorbeeld aan een plan om te komen tot één centrale onderzoeksunit op het vlak van fraudebeheersing.

Samengevat zetten zorgverzekeraars:

- bij fouten geen tuchtrechtelijke instrumentarium in;
- bij fouten beperkt civielrechtelijke instrumenten in (waarbij terugvorderen van onverschuldigde betalingen standaard beleid is);
- bij zorgfraude beperkt tuchtrechtelijke instrumentarium in (de recente uitspraak van de tuchtrechter wordt gezien als stimulans om het middel vaker in te zetten);
- bij zorgfraude gedoseerd civielrechtelijke instrumenten in.

De belangrijkste redenen voor de mate van inzet van het civiel- en tuchtrechtelijke instrumentarium door zorgverzekeraars bij fouten en zorgfraude zijn de volgende:

- Zorgverzekeraars zien het inzetten van het civiel- en tuchtrechtelijke instrumentarium bij fouten en fraude als sluitstuk om te komen tot doelmatiger zorg;
- Zorgverzekeraars waren tot voor kort onvoldoende bekend met de mogelijkheden van de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium;
- Een deel van de zorgverzekeraars ziet het tuchtrechtelijk instrumentarium niet primair als het meest optimale instrumentarium voor de aanpak van zorgfraude;
- Het inzetten van het civielrechtelijke instrumentarium vergt veel tijd en aandacht van de zorgverzekeraar, terwijl de onderzoekscapaciteit beperkt is;
- De samenwerking en onderlinge communicatie in de keten van fouten en fraudebeheersing in de zorg is niet optimaal georganiseerd.

De ruimte voor verbetering
De huidige en in dit rapport beschreven situatie levert op verschillende niveaus verbetermogelijkheden op om de inzet van het civiel- en tuchtrechtelijke instrumentarium door zorgverzekeraars bij fouten en zorgfraude te verbeteren. Zo liggen er verbetermogelijkheden op inhoud en het gebruik van de Maatregelenrichtlijn van ZN. Daarnaast kan de oprichting van de onderzoeksunit zorgfraude van ZN een belangrijke bijdrage leveren aan efficiëntere aanpak van zorgfraude. Tot slot is er op het vlak van bestrijding van fouten als op zorgfraude betere onderlinge communicatie en inhoudelijke samenwerking binnen de zorgverzekeraar, tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraar en ketenpartners te realiseren. Door meer afstemming en betere communicatie/terugkoppeling in de keten wordt de inzet van het tucht- en civielrechtelijke

instrumentarium door zorgverzekeraars effectiever.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doelstelling

Fraude in de zorg is een serieuze zaak. Fraude ondermijnt het vertrouwen in het zorgstelsel en dient daadkrachtig en efficiënt bestreden te worden. Samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en handhavingspartners is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de afgelopen jaren geïnvesteerd in de controle op rechtmatigheid in de zorg. Met diverse initiatieven werken partijen gezamenlijk aan het terugdringen van onrechtmatigheden.

Het door het ministerie van VWS opgestelde programma *Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude 2015-2018*[1] beoogt zorgbreed te werken aan het versterken van de aanpak van fouten en fraude in de zorg via het verstevigen van de gehele keten. Het programma heeft daartoe vier thema's geformuleerd:

1. Ketenbrede samenwerking;
2. Preventie;
3. Controle;
4. Handhaving.

Eén onderdeel van het programma (activiteit C bij thema 4) ziet op de inzet van civielrechtelijke en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars en WLZ-uitvoerders[2] bij vermoedens van zorgfraude. Het signaal is dat zorgverzekeraars in de praktijk weinig gebruik maken van de gegeven wettelijke civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten.

In het kader van het programma is de programmadirectie Fraudebestrijding Zorg het onderhavige onderzoek gestart. Het onderzoek dient als nulmeting en zal in de toekomst worden herhaald. Het onderzoek is door middel van een brief[3] van de minister van VWS aangekondigd bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

1.2 Scope

Het onderzoek richt zich op de inzet van civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars bij fouten en zorgfraude van 2010 tot heden. Centraal staat de relatie zorgverzekeraar versus zorgaanbieder. De relatie zorgverzekeraar versus verzekerde en/of de relatie zorgaanbieder versus patiënt vormt geen onderwerp in dit onderzoek. Tevens richt dit onderzoek zich niet op de inzet van straf- of bestuursrechtelijke instrumenten bij het tegengaan van fouten en fraude in de zorg. Verzekeraars kunnen zelf geen straf- of bestuursrecht inzetten. In voorkomende gevallen leveren zorgverzekeraars een signaal aan het Verzamelpunt Zorgfraude.

[1] Programma Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude 2015-2018, ministerie van VWS, 27 maart 2015

[2] Overal waar in dit document wordt gesproken over zorgverzekeraars worden ook de WLZ-uitvoerders bedoeld.

[3] Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van ZN, 2 oktober 2015, kenmerk: 841115-141618-FBZ

De volgende, door het ministerie van VWS geformuleerde, onderzoeksvragen staan centraal in dit onderzoek:

1. Een kwantitatieve onderbouwing geven van het signaal dat het civielrechtelijk en tuchtrechtelijk instrumentarium te weinig wordt ingezet door zorgverzekeraars bij de aanpak van fouten en fraude. Het verzoek is een uitsplitsing te maken tussen: type instrument, hoe vaak dit instrument is ingezet (waar mogelijk per verzekeraar) en wat het resultaat van de inzet van het instrument is.
2. Een kwalitatieve onderbouwing over het mogelijke gebrek aan inzet van het instrument door zorgverzekeraars bij de aanpak van fouten en fraude (wettelijke, organisatorische, technische, financiële belemmeringen of anderszins).
3. Op basis van de kwalitatieve en kwantitatieve informatie aanbevelingen doen die de inzet van de instrumenten door zorgverzekeraars moet bevorderen.

1.3 Aanpak

Het feitelijke onderzoek is uitgevoerd in de periode tussen 4 november en 24 december 2015. Een voor zorgverzekeraars, in verband met het overstapseizoen, zeer drukke periode. De onderzoekers danken de zorgverzekeraars voor hun inzet gedurende deze periode. De volgende onderzoeksactiviteiten zijn gedurende de bovengenoemde periode uitgevoerd:

- Literatuuronderzoek
- Online enquête bij de fraude coördinatoren van de zorgverzekeraars
- Een groepsinterview met de fraude coördinatoren van de zorgverzekeraars, verdiepende interviews met drie zorgverzekeraars, ZN, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (ESTT)
- Expert focusgroep

Na de fase van literatuuronderzoek, inclusief raadpleging van juridische databanken, zijn alle fraude coördinatoren van de zorgverzekeraars aangeschreven in het kader van de online enquête. De fraude coördinatoren waren tevens aanwezig bij een groepsinterview bij ZN in de Commissie Fraudebeheersing. Met drie fraude coördinatoren is aanvullend een verdiepend interview afgenomen. Bij de IGZ, de NZa en de ESTT zijn eveneens verdiepende interviews afgenomen. Aan de coördinatoren van de Commissie Controle van ZN zijn aanvullende vragen, specifiek op het domein van fouten, voorgelegd.

De Expert focusgroep bestaat uit experts op het gebied van de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Met het oog op de compacte doorlooptijd van het onderzoek is de Expert focusgroep twee keer bij elkaar gekomen. Eén keer bij de aanvang van het onderzoek, op dinsdag 17 november 2015 en één keer in de aanloop naar de afronding van het onderzoek op maandag 14 december 2015. Gedurende de twee bijeenkomsten is van de expertise gebruik gemaakt om over de onderzoeksvraag

te discussiëren[4], de vragenlijst voor de online enquête te becommentariëren, de eerste bevindingen en aanbevelingen te toetsen en suggesties te doen voor mogelijke aanscherping.

Disclaimer: Met behulp van een online enquête en aanvullende interviews is aan alle fraude coördinatoren van de zorgverzekeraars gevraagd kwantitatieve en kwalitatieve informatie aan te leveren over de aanpak van fouten en zorgfraude. In het bijzonder ten aanzien van de inzet van het tucht- en civielrechtelijke instrumentarium en de effecten van die inzet. Daarnaast zijn aan de leden van de Commissie Controle van ZN aanvullende vragen, specifiek op het domein van fouten, voorgelegd. Niet alle zorgverzekeraars zijn, mede door het korte tijdbestek van dit onderzoek, in staat geweest om accurate gegevens uit hun databases te destilleren. Daar waar geen accurate gegevens voorhanden waren hebben zorgverzekeraars schattingen gedaan of aangegeven dat ze de gegevens, op dit moment en in het korte tijdsbestek van het onderzoek, niet konden leveren. In totaal zijn in het kader van de online enquête bij dit onderzoek tien zorgverzekeraars aangeschreven. Negen zorgverzekeraars hebben gereageerd waarbij soms schattingen zijn aangeleverd. Drie zorgverzekeraars leverden geen volledig bijdrage t.a.v. de cijfermatige onderbouwing. De cijfermatige onderbouwing van dit rapport is daarmee indicatief en niet 100% sluitend. We hebben met zorgverzekeraars afgesproken om de resultaten uit de enquête zodanig weer te geven dat deze niet herleidbaar zijn tot individuele respondenten.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport vindt u een tastbaar resultaat van het project. Hoofdstuk 2 gaat in op de beleidscontext van de rol van zorgverzekeraars bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Hoofdstuk 3 beschrijft het civiel en tuchtrecht in relatie tot de aanpak van fouten en fraude in de zorg door zorgverzekeraars. Hoofdstuk 4 beschrijft de kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten van het onderzoek voor wat betreft de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium door zorgverzekeraars. Hoofdstuk 5 beschrijft de kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten van het onderzoek voor wat betreft de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium door zorgverzekeraars. Hoofdstuk 6 beschrijft de aanbevelingen over hoe de inzet van de civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars te bevorderen.

Daarnaast is een aantal bijlagen opgenomen. Bijlage 1 bij dit rapport bevat een opsomming van de in het kader van dit onderzoek geraadpleegde bronnen en een overzicht van de gesprekspartners bij de verdiepende interviews. Bijlage 2 bij dit rapport bevat een omschrijving van de samenstelling van de Expert focusgroep.

[4] Daarbij kwam aan de orde het onderscheid tussen fouten en fraude en een eerste oordeel over de mate van inzet van het tucht- en civielrechtelijke instrumentarium.

2 Beleidscontext

2.1 De rol van zorgverzekeraars bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg

Zorgverzekeraars nemen de aanpak van fouten en fraude in de zorg zeer serieus. Iedere zorgverzekeraar voert een individueel fouten en fraudebeleid. Daarnaast nemen alle zorgverzekeraars in gemeenschappelijk verband, binnen de context van ZN, deel aan een overkoepelende aanpak via de Commissie Controle en de Commissie Fraudebeheersing.

Fraude met zorggeld is altijd onacceptabel. Op basis van de door zorgverzekeraars geformuleerde visie moet “zorggeld” besteed worden aan de zorg en niet wegvloeien naar fraudeurs. Bovendien zijn zorgverzekeraars in toenemende mate risicodragend bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en hebben daardoor ook een financiële prikkel om fouten en fraude in de zorg efficiënt te bestrijden.

Zorgverzekeraars kunnen naast civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten ook aansturen op de inzet van het straf- en bestuursrechtelijke instrumentarium bij de aanpak van zorgfraude, door het doen van melding/aangifte richting het OM dan wel de NZa.

De missie van de zorgverzekeraars ten aanzien van fouten en zorgfraude is: kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. Zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de betaalbaarheid een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze geven zij op meerdere manieren vorm: (selectieve) zorginkoop en het uitvoeren van formele en materiële controle, controles op gepast gebruik en fraudebeheersing om oneigenlijk gebruik en misbruik van zorggeld te voorkomen. (Bron: persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014, ZN, 9 juli 2015)

Zorgverzekeraars hebben - vanuit hun rol en verantwoordelijkheid in het zorgstelsel – de wettelijke plicht om de rechtmatigheid van in rekening gebrachte zorg te controleren. In het kader van de rechtmatigheidstoetsing is het van belang dat zorgverzekeraars effectieve controles uitvoeren om na te gaan of:

- cliënten en patiënten verzekerd zijn voor de geleverde zorg;
- de gehanteerde tarieven en gedeclareerde prestaties kloppen;
- door de zorgaanbieder in rekening gebrachte zorg ook daadwerkelijk is geleverd.

Zorgverzekeraars geven op meerdere manieren vorm aan deze plicht. Zorgverzekeraars controleren per jaar honderden miljoenen declaraties die zij voor meer dan 95% elektronisch ontvangen. Om deze declaraties te controleren hanteren zorgverzekeraars een aantal vormen van controle.

Controle vooraf (vóór uitbetaling van de declaratie):

a. Technisch

Hierbij controleren zorgverzekeraars of een elektronische declaratie voldoet aan alle technische voorwaarden, of de elektronische declaratie is ingediend in de vorm zoals met zorgaanbieders is afgesproken en of alle (verplichte) velden zijn ingevuld.

b. Formeel

Bij de formele controle controleren zorgverzekeraars of een declaratie voldoet aan de geldende voorwaarden/regelgeving (bijvoorbeeld: is het juiste bedrag gedeclareerd, is de verzekerde voor deze zorg verzekerd, etc.). Deze vorm van controle vindt veelal vooraf (voor uitbetaling) geautomatiseerd plaats, maar kan ook achteraf (na uitbetaling) plaatsvinden.

Controle achteraf (na uitbetaling van de declaratie)

a. Formeel (idem als formele controle vooraf)

b. Materieel

Materiële controle is een instrument om het publieke belang van 'betaalbaarheid' te borgen. Bij een materiële controle gaat de zorgverzekeraar na of:

- de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid');
- en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').

c. Gepast gebruik

"Onder gepaste zorg wordt die zorg verstaan die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is" (definitie van gepast gebruik zoals de NZa die heeft opgenomen in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars[5]). Ofwel, was de verzekerde op dat moment redelijkerwijs aangewezen op en voldeed de geleverde zorg aan de laatste stand van wetenschap en praktijk? Deze vorm van controle kan bijvoorbeeld plaatsvinden op basis van enquêtes en dossiercontrole.

Fraude onderzoek en de definitie van zorgfraude

Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij als 'onderzoekswaardig' beoordelen. De definitie voor fraude is door de branche vastgesteld.

Definitie zorgfraude
"Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en / of verduistering, bij de totstandkoming en / of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels". De drie centrale elementen hierbij zijn: overtreding van een regel – poging tot verkrijgen van wederrechtelijk voordeel – opzet/bewust handelen.

[5] Beleidsregel TH/BR-001, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), De reikwijdte van de zorgplicht in begrippen, verantwoordelijkheden en normen, NZa mei 2011

Een signaal is onderzoekswaardig als na eerste beoordeling het vermoeden bestaat dat er sprake is van opzet, dat een regel is overtreden en dat er sprake is van een wederrechtelijke voordeel. Is een signaal onderzoekswaardig dan wordt bepaald welke prioriteit het signaal krijgt.

Het beoordelen van onderzoekwaardige signalen kost zorgverzekeraars veel tijd en moeite. Waar fraude sowieso al complex kan zijn, is dat in de zorg vaak nog ingewikkelder. Het declaratiesysteem met alle regels en verplichtingen die daarbij horen maakt dat een fout makkelijk begaan is en dat er veel expertise voor nodig is om een vermoeden van *opzettelijk* verkeerd of teveel declareren te kunnen bevestigen of ontkrachten.

2.2 De rol van Zorgverzekeraars Nederland bij de aanpak van fouten en zorgfraude

Sinds 2013 kent Nederland een taskforce Integriteit Zorgsector, waarin naast ZN ook de NZa, de IGZ, de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Openbaar Ministerie (OM), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het ministerie van VWS samenwerken om zorgfraude aan te pakken.

Het terugdringen van fouten en fraude in de zorg is vooral een taak van de individuele zorgverzekeraars. ZN speelt bij de aanpak van zorgfraude een belangrijke coördinerende rol. Zo kunnen zorgverzekeraars bij grote fraudezaken, die bij meerdere zorgverzekeraars een aanzienlijke omvang hebben, via ZN samenwerken.

Om invulling te geven aan de coördinerende rol van ZN werken de fraude coördinatoren van de individuele zorgverzekeraars samen in de Commissie Fraudebeheersing van ZN. Daarnaast kent ZN de Commissie Controle waarin de controle coördinatoren van de zorgverzekeraars zitting hebben en zich bezig houdt met het proces van de formele en materiële controles door zorgverzekeraars. De regierol van ZN en de samenwerking tussen zorgverzekeraars binnen laatstgenoemde commissie is van andere aard dan de samenwerking in de Commissie Fraudebeheersing. Zorgverzekeraars beschouwen het domein van de controle als concurrentieel dossier. Het fraudedossier is voor zorgverzekeraars een niet-concurrentieel dossier. De Commissie Fraudebeheersing is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleid op het terrein van fraudebeheersing. De commissie heeft daarnaast diverse werkgroepen ingesteld:

- de werkgroep Fraudebeheersing voor het delen van casuïstiek, fenomenen en kennis
- de werkgroep Fraudebeheersing kent momenteel (eind 2015) circa 10 actieve sub werkgroepen;
- de werkgroep Samenwerking Fraude-incidenten waarin zorgverzekeraars samenwerken met elkaar en zo nodig/mogelijk met ketenpartners aan een fraudeonderzoek;
- diverse tijdelijke inhoudelijke werkgroepen, momenteel bijvoorbeeld voor wet- en regelgeving op het vlak van fraudebeheersing;
- een redactiegroep voor de opleiding fraudebeheersing in de zorg;
- een reviewgroep voor de te ontwikkelen cursus fraudecontactpersonen.

In de context van het tegengaan van zorgfraude is onder regie van ZN de zogenoemde *Maatregelenrichtlijn* opgesteld. Bij vaststelling van een onderzoekswaardig signaal en na afronding van de onderzoeksfase kan de zorgverzekeraar op basis van Maatregelenrichtlijn van ZN bepalen welke maatregel te nemen. De Maatregelenrichtlijn is een hulpmiddel voor verzekeraars om tot passende maatregelen te komen[6] en kan bij gecontracteerde en op onderdelen bij niet-gecontracteerde zorg worden ingezet. Zo is het ontbinden van een overeenkomst bijvoorbeeld niet aan de orde bij niet-gecontracteerde zorg.

Momenteel werkt de Commissie Fraudebeheersing aan de vormgeving en oprichting van een onderzoeksunit fraude waarin een aantal van de bovengenoemde activiteiten worden ondergebracht. De onderzoeksunit gaat landelijk spelende fraudeonderzoeken uitvoeren. De ontwikkeling van de onderzoeksunit fraude is in paragraaf 4.3 van dit rapport nader beschreven.

2.3 De rol van het Verzamelpunt Zorgfraude bij de aanpak van zorgfraude

Hoewel het Verzamelpunt Zorgfraude, gehuisvest bij de NZa, niet specifiek gerelateerd is aan de inzet van tucht- en civielrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars beschrijft dit rapport hier op beknopte wijze de functie van het Verzamelpunt Zorgfraude. Zorgverzekeraars kunnen fraudesignalen via ZN doorgeleiden naar het Verzamelpunt Zorgfraude. ZN zet alleen signalen door waarvan fraude is aangetoond of als er sprake is van een ernstig fraudevermoeden.

Uit de meest recente rapportage van het Verzamelpunt Zorgfraude blijkt dat ZN in 2014, 65 unieke signalen heeft aangedragen bij het verzamelpunt.

Tabel 1 Aantal aangeleverde signalen per partner (uniek)

Partner	Signalen
NZa	512
ZN	65
CIZ	49
IGZ	32
iSZW	9
FIOD	1
EZb	0
Totaal	668

Bron: rapportage Verzamelpunt Zorgfraude 2014, NZa maart 2015

Het Verzamelpunt Zorgfraude rapporteert op briefpapier van de NZa maar valt onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van het bestuurlijk overleg, taskforce integriteit zorgsector (BO TIZ). In het Verzamelpunt Zorgfraude kunnen de aangesloten partners op een veilige manier signalen naar elkaar doorsturen zodat deze op de juiste plek terecht komen. Daarnaast kan er worden gerapporteerd over het aantal en de aard van de signalen die jaarlijks worden ingediend.

[6] De criteria en de werkwijze van de maatregelen zoals beschreven in de Maatregelenrichtlijn kan in de context van dit openbare onderzoek niet worden beschreven. De Maatregelenrichtlijn is een niet openbaar document.

Op dit moment nemen de volgende organisaties deel: Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ), Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie SZW (iSZW), NZa en ZN.

3 Het instrumentarium en de aanpak van fouten en fraude in de zorg door zorgverzekeraars

3.1 Een introductie

Doel van dit onderzoek is een analyse van de inzet van het civiel- en tuchtrechtelijke instrumentarium door zorgverzekeraars. Om de inzet van deze instrumenten te verbeteren is het volgens het ministerie van VWS noodzakelijk en wenselijk om eerst een beeld te krijgen van de mate waarin de zorgverzekeraars gebruik maken van de instrumenten, of zij belemmeringen ondervinden bij de inzet van de instrumenten en zo ja welke belemmeringen dat zijn.

3.2 Civielrecht

Zorgverzekeraars beschikken over verschillende civielrechtelijke instrumenten in het kader van handhaving bij fouten en vermoedens van fraude. In de overeenkomsten die zij met zorgaanbieders of patiënten en cliënten sluiten, kunnen zij afspraken maken over sancties bij vastgestelde onrechtmatigheden. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over het terugvorderen van onverschuldigd betaalde declaraties door zorgaanbieders, het ontbinden van de overeenkomst, registratie in het Externe Verwijzingenregister (EVR)[7], het opleggen van een boete bij tekortkoming of niet-nakoming van de overeenkomst (boetebeding) of aanpassing van de budget- en/of tariefafspraak. Andere mogelijkheden zijn een actie uit wanprestatie, onrechtmatige daad of het civielrechtelijke bestuursverbod. Op basis hiervan kan een bestuurder van stichting die iets doet of nalaat in strijd met de bepalingen van de wet of van de statuten, dan wel zich schuldig maakt aan wanbeheer door de rechtbank worden ontslagen.

Een deel van deze genoemde civielrechtelijke instrumenten heeft zijn weg gevonden naar de Maatregelenrichtlijn van ZN. Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat zorgverzekeraars de Maatregelenrichtlijn ook daadwerkelijk als gemeenschappelijke richtlijn hanteren bij het optreden tegen zorgfraude. De maatregelen in die richtlijn kunnen naast gecontracteerde zorg ook deels bij niet-gecontracteerde zorg worden ingezet.

3.3 Tuchtrecht

In artikel 47 lid 2 Wet BIG wordt opgesomd welke beroepsgroepen onder het tuchtrecht vallen. Dit zijn de arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Niet genoemde beroepsgroepen vallen derhalve niet onder het wettelijk tuchtrecht van de Wet BIG.

In artikel 47 Wet BIG worden twee tuchtnormen gegeven. De eerste tuchtnorm ziet op zorgvuldig handelen (of nalaten) ten opzichte van de patiënt of zijn naasten. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of te late diagnose, het onvoldoende informeren over de behandeling, het voorschrijven van verkeerde medicijnen of het schenden van het beroepsgeheim.

---

[7] Het Extern Verwijzingsregister (EVR) is een waarschuwingslijst, waarin financiële instellingen (banken, hypotheekverstrekkers, verzekeraars) fraudeurs registreren waardoor ze elkaar waarschuwen.

De tweede tuchtnorm ziet op handelen (of nalaten) in het algemeen belang van de individuele gezondheidszorg. Deze norm gaat over het algemeen functioneren van de zorgaanbieder. Hieronder kunnen diverse zaken vallen waaronder verzekeringsfraude, het niet toelaten van een collega tot een waarneemregeling of onjuist optreden in de media.

Iedere rechtstreeks belanghebbende en een aantal andere aangewezen partijen[8] is bevoegd om van het tuchtrecht gebruik te maken. Zij kunnen een tuchtklacht indienen bij een regionaal tuchtcollege. Als er een overeenkomst is tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, is de zorgverzekeraar als rechtstreeks belanghebbende, klachtgerechtigd op basis van artikel 65 lid 1 onder c Wet Big[9]. Het is onzeker of een zorgverzekeraar bij het ontbreken van een overeenkomst als rechtstreeks belanghebbende kan worden gezien. Het ontbreekt aan jurisprudentie op dit punt.

Maatregelen die opgelegd kunnen worden door de tuchtrechter zijn:

- waarschuwing;
- berisping;
- geldboete van ten hoogste 4500 euro;
- (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor ten hoogste een jaar;
- gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen;
- doorhalen van de inschrijving in het register. Bij doorhaling van de inschrijving mag betrokkene het beroep blijvend niet meer uitoefenen.

Ook is het mogelijk dat de tuchtrechter een combinatie van een geldboete en een schorsing oplegt.

3.4 De relevantie van het verschil in aanpak door zorgverzekeraars bij fouten en fraude door zorgaanbieders

In het kader van de beantwoording van de door het ministerie van VWS geformuleerde onderzoeksvragen is het van belang om een onderscheid te maken tussen de aanpak van fouten en de aanpak van zorgfraude in de praktijk door zorgverzekeraars[10]. Zorgverzekeraars controleren per jaar honderden miljoenen declaraties die zij veelal elektronisch ontvangen van zorgaanbieders. Jaarlijks registreert het DBC Informatie Systeem circa 18 miljoen afgesloten DBC's[11]. Tussen de ½ en 1 procent van declaraties van ziekenhuizen blijkt niet te kloppen, waarbij veelal registratiefouten

---

[8] Tuchtrecht in de gezondheidszorg, hoe werkt het? Hoofdstuk 2 Wie kunnen klagen bij het tuchtcollege, blz.4, Tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

[9] Het bestaan van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder vormde een essentieel onderdeel van de op blz. 36 e.v. van dit rapport beschreven uitspraak van 8 december 2015 (http://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI__NL__TGZRAMS__2015__114). De tuchtrechter oordeelde dat in dat geval sprake is van een klachtgerechtigde zorgverzekeraar.

[10] Het ministerie van VWS maakt in het programmaplan Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude 2015 -2018 zelf ook een onderscheid tussen fouten en fraude (tekstbox blz. 3.).

[11] http://www.dbcinformatiesysteem.nl/Kengetallen

worden gemaakt[12]. Het merendeel van deze registratiefouten zorgt voor uitval van een declaratie, waarna de zorgaanbieder de fout kan herstellen en eventueel de declaratie opnieuw kan indienen. Controle op fouten vooraf leverde in 2014 een resultaat op van € 2,04 miljard, controle op fouten achteraf leverde, op basis van terugvordering in 2014 een resultaat op van €449 miljoen op[13].

Er wordt een ander spoor bewandeld bij een vermoeden van fraude. De meest recente rapportage[14] over signalen van zorgfraude betreft het rapportagejaar 2014. In 2014 hebben zorgverzekeraars van 1.857 onderzoekswaardige fraudesignalen in totaal het onderzoek kunnen afsluiten. Bij het afsluiten van een onderzoek zijn meerdere relevante onderzoeksuitkomsten denkbaar:

- Fraude bewezen.
- Fraudevermoeden, maar niet kunnen bewijzen.
- Administratieve fout van de zorgaanbieder, maar geen fraude.
- Geen fraude, maar een andere onjuistheid dan een administratieve fout (bijvoorbeeld gedeclareerd buiten de voorwaarden).
- Overige resultaten zoals administratieve fout van de zorgverzekeraar of verzekerde.

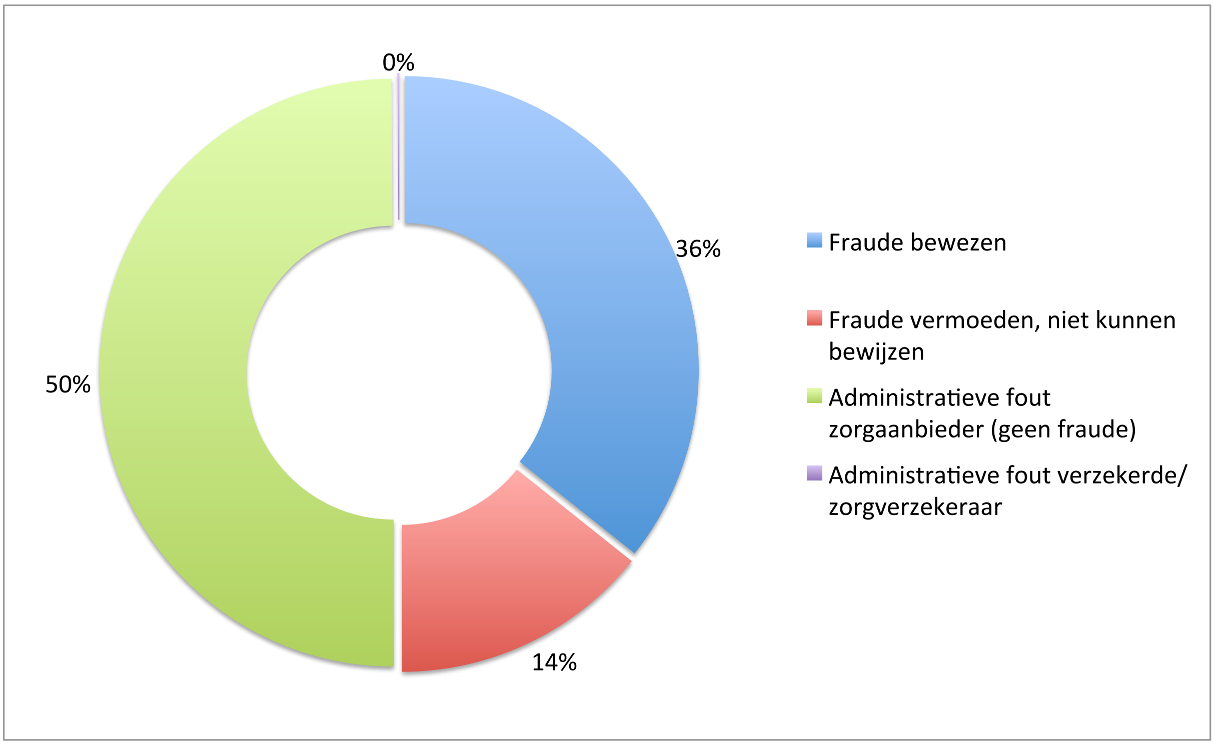
Bij de 1.857 afgesloten fraudeonderzoeken is in ongeveer 50% van de gevallen (921 keer) het onderzoek afgesloten met het onderzoeksresultaat ‘geen fraude’. In de figuur hieronder staan de onderzoeksuitkomsten weergegeven naar vastgesteld onterecht gedeclareerd bedrag. Het onderzoeksresultaat ‘geen fraude’ valt weg in deze figuur (<1%), vanwege het lage onterecht gedeclareerde bedrag bij dit onderzoeksresultaat. In de figuur zijn de 936 onderzoeken terug te zien die zijn afgesloten met een andere uitkomst dan ‘geen fraude’.

[12] https://www.ictmagazine.nl/uitgelicht/optimalisering-van-dbc-controle-aan-voorkant/

[13] Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014 Zeist, 9 juli 2015

[14] Bron: ZN, Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014, juli 2015

Figuur 1 Onderzoeksresultaten fraudeonderzoek in 2014



Bron: ZN (2015)

In ruim een derde van deze gevallen (36%) is fraude daadwerkelijk vastgesteld. Bij 14% is sprake van een fraudevermoeden, maar dat vermoeden kon niet worden hardgemaakt. In de helft van de gevallen werd een administratieve fout door een zorgaanbieder geconstateerd, daarbij was geen sprake van opzet.

3.5 Hoe gaan zorgverzekeraars om met signalen van fouten en zorgfraude?

Resultaten op basis van de online enquête en verdiepende interviews

Signalen van fouten

Fouten in de context van dit onderzoek, gemaakt door zorgaanbieders waarbij zorgverzekeraars niet tot de constatering zorgfraude komen, worden door zorgverzekeraars ontdekt door de hiervoor op pagina 8 en 9 beschreven formele en materiële controle en vervolgens in het kader van deze controles afgehandeld. Fouten kunnen zich in principe op twee manieren voordoen.

1. Fouten die liggen op het vlak van het niet nakomen van de contractueel gemaakte afspraken in het (inkoop)contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voor zover ze zien op rechtmatigheid van de in rekening gebrachte zorg.
2. Fouten die liggen op het vlak van het voldoen aan de formele en materiële eisen die de Zorgverzekeringswet stelt. Een voorbeeld van een formele eis die de Zorgverzekeringswet stelt is dat degene die zorg heeft genoten wel verzekerd moet zijn voor de Zorgverzekeringswet. Een voorbeeld van een materiële eis is dat de gedeclareerde zorg wel medisch gezien 'redelijkerwijs aangewezen' moet zijn. Dit wordt wel 'gepast gebruik'

genoemd. De verzekeraar heeft de wettelijke verplichting om een correcte opgave te doen van de gegevens die worden gebruikt voor de berekening van de vereveningsbijdrage (op basis van de Zorgverzekeringswet). De omvang van de schade is onderdeel van deze opgave. Alleen zorg die voldoet aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet mag worden opgegeven en komt daarmee ook voor een vereveningsbijdrage in aanmerking. De controle mechanismen waarvan zorgverzekeraars gebruik maken zijn beschreven in hoofdstuk 2 van dit rapport.

Op het terrein van de controle op fouten is zowel voor de medisch specialistische zorg[15] als voor de geestelijke gezondheidszorg in 2015 gestart met het opzetten en uitvoeren van de zogenaamde zelfonderzoeken. Zorgaanbieders controleren in dit geval hun eigen ingediende declaraties en rapporteren hierover aan de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars reviewen de door de zorgaanbieder gerapporteerde uitkomsten.

Signalen van zorgfraude

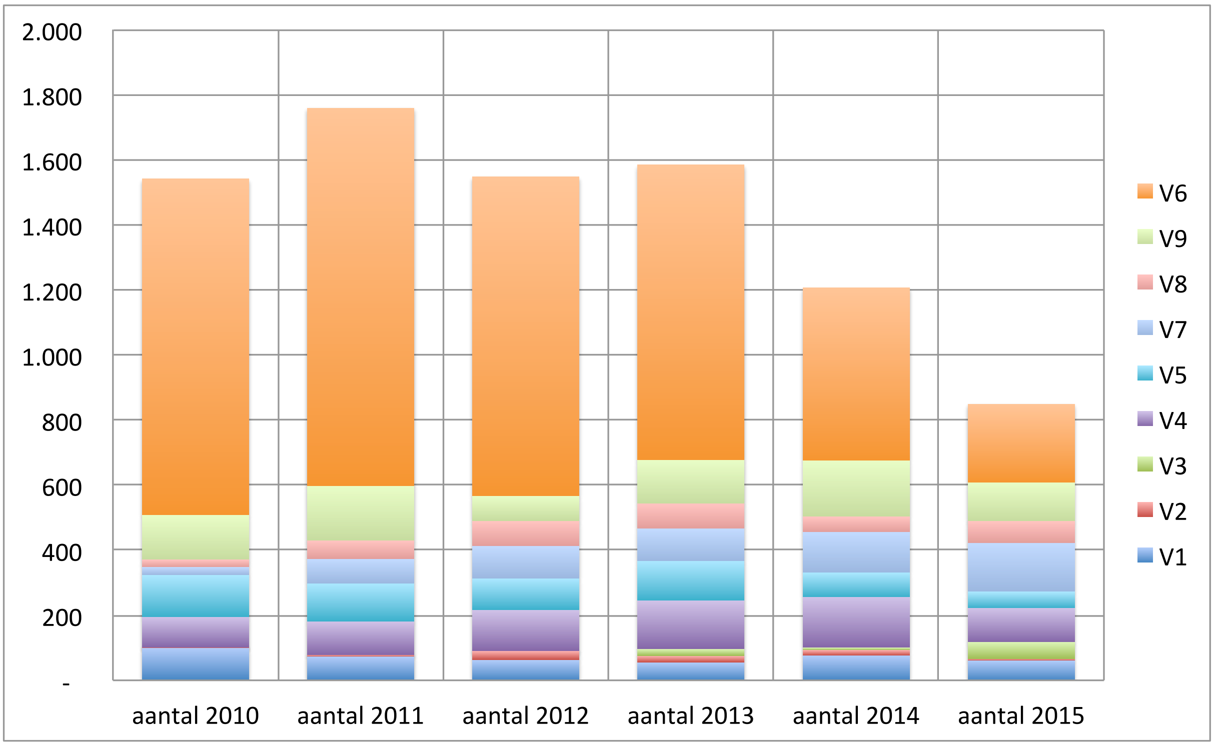
Bij dossiers waarbij sprake lijkt te zijn van zorgfraude neemt de fraude coördinator van de afdeling speciale zaken van de zorgverzekeraar de behandeling van het signaal over en start het onderzoek naar het signaal zorgfraude.

Zorg**fraude**, waarbij volgens de door de zorgverzekeraars gehanteerde definitie derhalve sprake moet zijn van overtreding van een regel, wederrechtelijk voordeel en bewust of opzettelijk handelen. Fraude wordt door zorgverzekeraars aangepakt door het inzetten van ter beschikking staande onderzoeksmiddelen. Daarbij zal de verzekeraar in eerste instantie gebruik maken van bureauonderzoek en in latere fase gebruik kunnen maken van middelen als een enquête of het opvragen en inzien van medische dossiers. De Maatregelenrichtlijn van ZN is richtinggevend voor het inzetten van maatregelen bij geconstateerde zorgfraude.

Het aantal door zorgverzekeraars in behandeling genomen signalen van zorgfraude door zorgaanbieders is in de onderzoeksperiode (2010-2015) gedaald. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat de gegevens over het jaar 2015 nog niet volledig beschikbaar zijn en dus niet konden worden geleverd door respondenten in de online enquête. Wel is duidelijk dat er onderling forse verschillen bestaan in aantal tussen de zorgverzekeraars.

[15] Convenant gezamenlijke aanpak controles medisch specialistische zorg 2014 en later, NvZ, ZN, NFU, 9 april 2015

Figuur 2 Aantal in behandeling genomen signalen van zorgfraude door zorgaanbieders in de periode 1/1/2010 en 1/11/2015



Bron: Online enquête onder fraude coördinatoren zorgverzekeraars (eigen bewerking Zorgvuldig Advies, 2015)

Bovenstaande figuur maakt inzichtelijk dat er sprake is van een afname van het aantal in behandeling genomen signalen. Deze afname is voor een groot deel toe te rekenen aan één specifieke zorgverzekeraar.

De verklaring voor deze afname is te vinden in het feit dat deze specifieke zorgverzekeraar gedurende de onderzoeksperiode (2010-2015) een reorganisatie van de afdeling speciale zaken heeft doorgevoerd. Bij deze reorganisatie heeft men gekozen voor een andere signalering, beoordeling en afhandeling van fraudesignalen. Waar voorheen alle signalen werden opgevolgd is er nu sprake van een strenge selectie aan de voordeur en worden signalen gewogen aan de hand van diverse indicatoren. Alleen signalen die thuishoren op de specialistische fraudeafdeling van de afdeling speciale zaken worden in behandeling genomen. Signalen die niet thuishoren op een fraudeafdeling worden belegd bij afdeling materiële controle of bij zogenaamde klant responsteams.

Zorgverzekeraars worden met verschillende vormen van zorgfraude door zorgaanbieders geconfronteerd. Zorgverzekeraars classificeren de vormen zorgfraude op basis van afspraken gemaakt in het kader van de Commissie Fraudebeheersing als volgt:

- Fingeren: valse declaraties insturen, er wordt gedeclareerd terwijl er geen zorg is geleverd
- Majoreren: ophogen van declaraties, er wordt meer gedeclareerd dan er daadwerkelijk aan zorg is geleverd
- Onjuiste voorstelling van zaken
- Vervalsing document/nota etc.

- Dubbele claim (nota vaker dan eenmaal ingediend)
- Ensceneren (met opzet schade veroorzaken)
- Soort incident onbekend

Vrijwel alle vormen van zorgfraude komen voor. Bij de vermelding incident onbekend heeft één zorgverzekeraar te maken gehad met samenspanning tussen zorgaanbieder en verzekerde. Het betreft hier dus een dubbele melding van zorgfraude én door de verzekerde én door de zorgaanbieder.

4 Inzet van het civielrechtelijk instrumentarium door zorgverzekeraars

4.1 Kwantitatieve onderbouwing bij het gebruik van het civielrechtelijke instrumentarium

Voorafgaand aan dit onderzoek ontving het ministerie van VWS naar aanleiding van debatten in de Tweede Kamer een signaal dat het civielrechtelijk instrumentarium weinig of niet door zorgverzekeraars wordt ingezet bij het tegengaan van fouten en fraude in de zorg.

Op basis van de in dit onderzoek uitgevoerde onderzoeksactiviteiten is gebleken dat het bovengenoemde signaal, met de nodige nuancering zoals beschreven in dit rapport, correct is.

Resultaten op basis van het bronnenonderzoek

Tijdens het uitgevoerde bronnen onderzoek zijn, voor beantwoording van de volledige onderzoeksvraag, de volgende databanken doorzocht:

- www.rechtspraak.nl;
- www.tuchtrecht.nl;
- www.gzr-updates.nl.

Daarbij zijn de volgende (combinaties van) zoektermen gehanteerd:

- ‘Zorgverzekeraar; Fraude’
- ‘Zorgverzekeraar; Declaratie’
- ‘Zorgverzekeraar; Financieel onzorgvuldig’
- ‘Zorgverzekeraar; Financieel onrechtmatig’.

Tevens zijn de namen van de verzekeringsconcerns gescand[16], en zijn de zoektermen Wlz uitvoerder en zorgkantoor gehanteerd. De term ‘Zorgverzekeraar’ in combinatie met woorden als fraude en declaratie leverde een efficiënte filter op waardoor irrelevante uitspraken (zoals zaken met betrekking tot de schadeverzekering van een verzekeraar) niet werden meegenomen in de onderzoeksresultaten.

Over de onderzoeksperiode (2010-2015) zijn zeventien uitspraken aangetroffen waarbij de zorgverzekeraar het initiatief heeft genomen tot de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van civielrechtelijke uitspraken waarbij de zorgverzekeraar het initiatief nam tot de inzet van civielrechtelijke instrumenten (periode 1-1-2010 tot en met 1-11-2015)

Het aantal gevoerde rechtszaken is niet representatief voor de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium. M.a.w. het hoeft niet altijd tot een gerechtelijke uitspraak te komen. Om toch meer inzicht te krijgen in de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium in de praktijk hebben wij een online enquête uitgevoerd onder de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars. Daarnaast

[16] De Friesland maakt onderdeel uit van het Achmea concern, maar heeft een eigenstandige fraudecoördinator.

zijn er verdiepende interviews afgenomen met een aantal fraudecoördinatoren en zijn aanvullende vragen gesteld aan de leden van de Commissie Controle van ZN.

Resultaten op basis van de online enquête en verdiepende interviews

Fouten en de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium

Op basis van afgenomen interviews, online enquête en aanvullende vragen onder de zorgverzekeraars constateren de onderzoekers dat wanneer in het kader van de formele en materiële controle is vastgesteld dat er sprake is van fouten er – conform het door het ministerie van VWS ontvangen signaal – beperkt gebruik wordt gemaakt van de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium. Beperkt wil in dit verband zeggen dat er naast het standaardbeleid van het terugvorderen van onverschuldigde betalingen, beperkte inzet is van andere civielrechtelijke instrumenten zoals die zijn beschreven in paragraaf 3.2. Daadwerkelijke, cijfermatige, managementinformatie over de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium bij fouten is niet (direct) voorhanden bij alle zorgverzekeraars. De onderzoekers onderbouwen de conclusie in dit rapport op basis van de door de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars geleverde antwoorden en de antwoorden uit de Commissie Controle van ZN.

Daar waar sprake is van een zorgverlener die een hoger bedrag heeft gedeclareerd dan waar hij of zij recht op had, wordt dit bedrag in principe altijd teruggevorderd[17]. Dit principe is volgens de fraudecoördinatoren standaard beleid van de zorgverzekeraar. Daarbij kan ook sprake zijn van het doorberekenen van door de zorgverzekeraar gemaakte controle kosten (afdeling 10 van Boek 6 van het BW)[18]. In ieder geval heeft één zorgverzekeraar bij wijze van pilot vanaf het laatste kwartaal van 2015 besloten ook de gemaakt onderzoekskosten terug te vorderen. De maatregel van de onverschuldigde betaling is als zodanig niet geclassificeerd in de Maatregelenrichtlijn als een te nemen maatregel in het kader van zorgfraude. In twee civielrechtelijke uitspraken[19] uit het overzicht opgenomen in bijlage 1 is ook te zien dat naast de vordering van onverschuldigde betaling ook een vordering uit hoofde van bestuurdersaansprakelijkheid is ingediend (gebaseerd op de artt. 2:9 en 6:162 BW).

---

[17] De NZa wijst in het kader van dit onderzoek op het feit dat bij fouten vastgesteld in het kader van de formele en materiële controle bij Wlz aanbieders waarbij niet is vast te stellen of zorg daadwerkelijk is verleend, bijvoorbeeld ten gevolge van onregelmatigheden in zorgplannen en zorgregistraties, er in de praktijk niet wordt overgegaan op terugvordering. Men volstaat in die gevallen met het vragen van verbeterplannen.

[18] Het gaat hierbij meer specifiek om het verhalen van redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid. Dit kunnen bijvoorbeeld kosten zijn die zijn gemaakt door externe onderzoeksbureaus of door interne afdelingen, zoals de afdeling veiligheidszaken van een zorgverzekeraar. Geïnterviewde zorgverzekeraars in het kader van dit onderzoek hebben aangegeven te betwijfelen of het verhalen van dergelijke kosten ook kan plaatsvinden bij geconstateerde fouten. Immers, er moet bewezen sprake zijn van (grove) nalatigheid. Daarnaast moet er sprake zijn van redelijke kosten en kan het pas in rekening worden gebracht wanneer deze kosten niet behoren tot de gebruikelijke uitvoeringskosten die een zorgverzekeraar maakt in het kader van de uitvoering van haar wettelijke controle taken.

[19] http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBMNE:2014:2742 en http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2013:5587

In 2014 hebben de zorgverzekeraars na intensief onderzoek voor 449 miljoen euro teruggevorderd door controle achteraf[20]. De zorgverzekeraars hebben in deze situatie in eerste instantie de declaratie betaald en vervolgens geconstateerd dat de declaratie toch niet juist is. Deze fouten en correcties worden grotendeels softwarematig ondervangen.

De geïnterviewde fraudecoördinatoren geven aan dat bij het oplossen van in het kader van de formele en materiële controle geconstateerde fouten ook gebruik kan worden gemaakt van het principe van verrekening. Deze verrekening kan worden vastgelegd in de tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gemaakte declaratieregels. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder via declaratiesysteem VeCoZo in kennis van de geconstateerde onjuistheden en geeft een per verzekerde gespecificeerd overzicht van de verrekende bedragen. Navraag onder de coördinatoren van Commissie Controle van ZN leert dat er geen daadwerkelijk cijfermateriaal voorhanden is over het aantal verrekeningen in de onderzoeksperiode (2010-2015).

Uit de online enquête en verdiepende interviews met de fraudecoördinatoren en uit aanvullende vragen aan de leden van de Commissie Controle van ZN kwamen de volgende antwoorden naar voren op de vraag welke werkwijze de zorgverzekeraar hanteert bij geconstateerde fouten door zorgaanbieders in het kader van de materiële en formele controle en of zij daarbij gebruik maakt van de inzet van het civiel- of tuchtrechtelijke instrumentarium.

Box 1 Antwoorden van zorgverzekeraars op de vraag naar hun werkwijze bij geconstateerde fouten in het kader van de formele en materiële controle

“Wanneer is vastgesteld dat een zorgverlener of verzekerde een hoger bedrag heeft gedeclareerd dan waar zij recht op had, dan wordt dit altijd teruggevorderd. Hierbij wordt in de regel wel het principe "de lak moet niet duurder dan de brief" gehanteerd. “

“Globaal is de werkwijze dat na constatering van fouten er overleg wordt gepleegd met de zorgaanbieder over hoe de door de zorgverzekeraar geleden financiële schade af te wikkelen. Indien nodig wordt hiertoe een vordering ingesteld, welke bij het niet voldoen, uit handen wordt gegeven voor een incasso traject. Ook een gang naar de civiele rechter is een middel dat door ons kan worden ingezet. Indien de afdeling Schadelastbeheer - na overleg met de coördinator Fraudebeheersing - van mening is dat er mogelijk sprake kan zijn van opzettelijk handelen, wordt er een aanvullend fraudeonderzoek gestart.”

“Wij maken onderscheid tussen financiële en niet financiële fouten. Waarbij de financiële fouten gecorrigeerd dienen te worden. Indien het misbruik en oneigenlijk gebruik betreft, wordt het doorgestuurd naar de afdeling speciale zaken. In het gevolg van niet financiële fouten, onnodige zorg, ondoelmatige zorg en kwalitatief onvoldoende zorg. Beoordeeld zorginkoop de consequenties. Afhankelijk van de ernst kunnen er externe instanties worden ingelicht.”

“confronteren, terugvorderen, melden NZa overtreden regels WMG”

“De onrechtmatig gedeclareerde zorgkosten worden teruggevorderd. Dit geschiedt schriftelijk met toelichting / motivering en het meezenden van een overzicht van de te corrigeren declaratieregels. Indien de betrokken zorgaanbieder niet reageert worden de kosten verrekend met nieuwe declaraties. Indien er verweer wordt

[20] Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014 Zeist, 9 juli 2015

gevoerd door de betrokken zorgaanbieder zal het snel leiden tot een civielrechtelijk geschil waarbij een jurist en, in geval van dagvaarding, een advocaat wordt ingeschakeld."

"Terugvorderen bij de zorgaanbieder en aanscherpen gemaakte afspraken. Deze handelingen worden voornamelijk uitgevoerd vanuit Materiële Controle en incidenteel vanuit Speciale Zaken."

"Indien van fraude geen sprake blijkt te zijn, dus indien niet opzettelijk is getracht een voordeel te verkrijgen waarop geen aanspraak was, dan wordt hetgeen als gevolg van ondoelmatig handelen in rekening is gebracht in beginsel teruggevorderd. Van belang is daarbij afspraken te maken over het juist declareren in de toekomst. Daar waar o.i. sprake is van gedragingen die tuchtrechtelijke aanpak behoeven doen wij daarvan melding."

"Materiële controle geeft hierover aan dat ze bij rechtmatigheidscontroles terugvorderen en bij doelmatigheidscontroles toekomstgerichte contract afspraken maken."

Op basis van de antwoorden van de fraudecoördinatoren op de inzet van civielrechtelijke instrumenten bij fouten zijn via de Commissie Controle van ZN aanvullende vragen gesteld om nader inzicht te krijgen in de beleidspraktijk van de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium bij fouten.

Zorgverzekeraars dienen foutieve en daarmee niet rechtmatige declaraties te corrigeren en/of niet in aanmerking te laten komen voor de vereveningssystematiek. In beginsel controleert en corrigeert de individuele zorgverzekeraar de gemaakte fouten. Op basis van de uitkomsten van de controle worden er eveneens afspraken gemaakt met de zorgaanbieder om de fouten in de toekomst te voorkomen. Dit principe gaat altijd gepaard met een motivering en op basis van hoor-wederhoor.

Je zou kunnen zeggen dat het voor de betrokken zorgaanbieder duidelijk mag zijn dat hij of zij niet op dezelfde voet verder kan gaan. Het nakomen van de gemaakte afspraken wordt eveneens gemonitord. Eventueel leidt dit tot een nieuwe controle. Indien dezelfde fouten blijven voorkomen en/of er sprake lijkt te zijn van doelbewust foutief declareren schakelt de zorgverzekeraar de afdeling speciale zaken in waar ook de fraudecoördinator werkzaam is. Hierbij is derhalve (nog) geen sprake van de inzet van civielrechtelijke instrumenten.

Bij dossiers waarbij sprake is van volharding in de fouten kan de zorgverzekeraar overgaan tot het opzeggen van het contract. Daarbij moet de zorgverzekeraar voldoen aan de vereisten van redelijkheid en billijkheid. Zorgverzekeraars maken van geval tot geval een afweging over het optreden tegen zorgaanbieders die consequent fouten blijven maken. Daarbij wordt de zorgverzekeraar geacht een belangenafweging te maken tussen het belang van de betreffende zorgaanbieder (bedrijfscontinuïteit) en het belang van de zorgverzekeraar (schadelastbeperking, integriteit en kwaliteit). Het beëindigen van het contract zou een mogelijke uitkomst kunnen zijn. Uit de antwoorden van zorgverzekeraars in het kader van dit onderzoek (schattingen door zorgverzekeraars) lijkt het bij geconstateerde fouten echter slechts in een handvol gevallen per jaar tot dergelijke zwaardere maatregelen te komen.

Zorgfraude en inzet van het civielrechtelijk instrumentarium

Op basis van afgenomen interviews, online enquête en aanvullende vragen onder de zorgverzekeraars constateren de onderzoekers dat – wanneer zorgfraude is vastgesteld – er

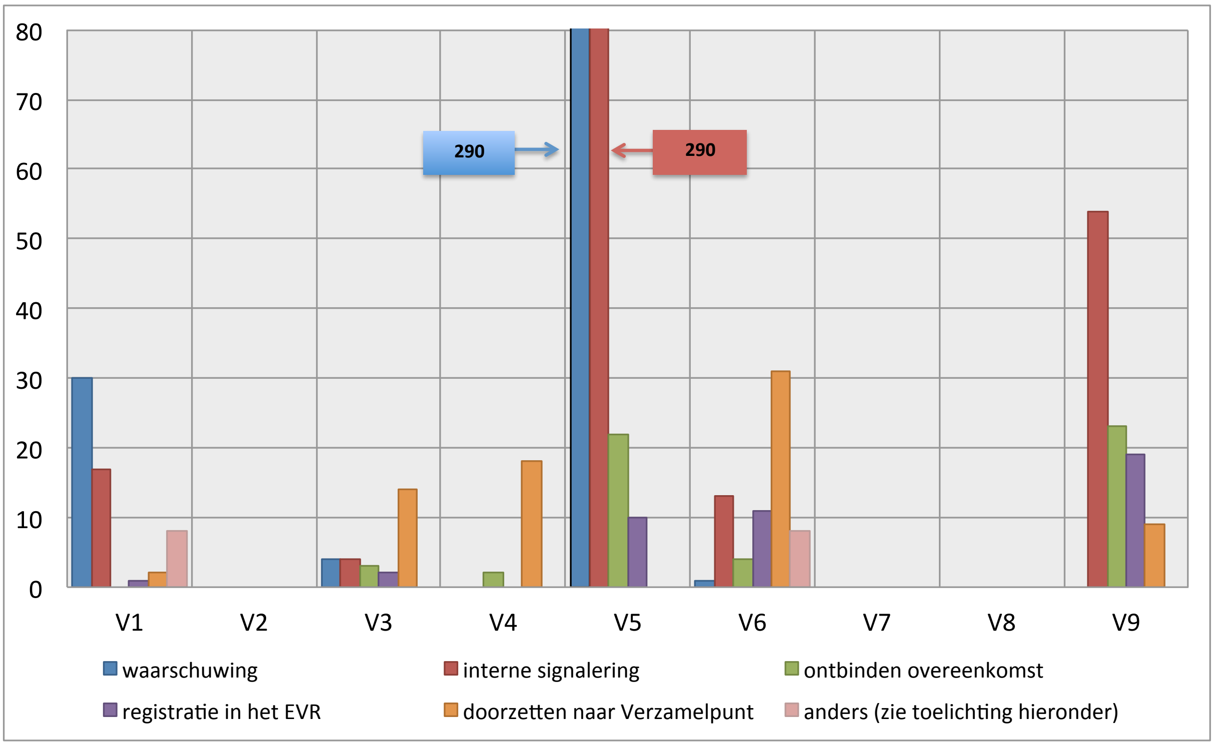
gedoseerd gebruik wordt gemaakt van de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium. Pas wanneer de zorgverzekeraar, na zorgvuldig onderzoek, ondubbelzinnig heeft kunnen vaststellen dat er sprake is van zorgfraude conform de door zorgverzekeraars gehanteerde definitie, treedt de Maatregelenrichtlijn in werking.

Zoals beschreven in paragraaf 2.2 vormt het in de Maatregelenrichtlijn van ZN opgenomen instrumentarium de "uniforme" basis voor optreden door zorgverzekeraars tegen geconstateerde zorgfraude. Het instrumentarium op basis van de Maatregelenrichtlijn is in zijn totaliteit als volgt vormgegeven:

- Waarschuwing; de zorgverzekeraar geeft een waarschuwing aan plegers van fraude.
- Interne signalering; de zorgverzekeraar registreert plegers van fraude intern waardoor deze persoon of organisatie voor andere relevante functionarissen/afdelingen raadpleegbaar zijn.
- Opzegging betreffende verzekering; als de fraudeur een verzekerde betreft, zegt de zorgverzekeraar de betreffende verzekering op.
- Opzegging totaal/overeenkomst; betreft het een verzekerde, dan zegt de zorgverzekeraar alle verzekeringen op. Betreft het een zorgverlener dan zegt de verzekeraar de overeenkomst op.
- Registratie EVR; de zorgverzekeraar zorgt ervoor dat fraudeplegers worden geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister (EVR).
- Verzoek tot vervolg (Strafrecht/Bestuursrecht/Tuchtrecht); de zorgverzekeraar verzoekt in de melding aan het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN of het dossier straf-, bestuurs- of tuchtrechtelijk kan worden opgepakt. Het kenniscentrum zet de melding vervolgens via het Verzamelpunt door naar de aangewezen opsporingsinstantie of toezichthouder en bewaakt de voortgang.

Onderstaande figuur 3 maakt duidelijk welke instrumenten uit de Maatregelenrichtlijn per individuele zorgverzekeraar in de onderzoeksperiode (2010-2015) werden ingezet. De categorie ontbinden overeenkomst ziet hier op ontbinding van de overeenkomst met een zorgaanbieder. Duidelijk waarneembaar is dat één zorgverzekeraar in vergelijking tot de andere zorgverzekeraars veel meer gebruik heeft gemaakt van de instrumenten waarschuwing en interne signalering. De zorgverzekeraars V2, V7 en V8 waren niet in staat om de gewenste gegevens binnen de looptijd van dit onderzoek aan te leveren.

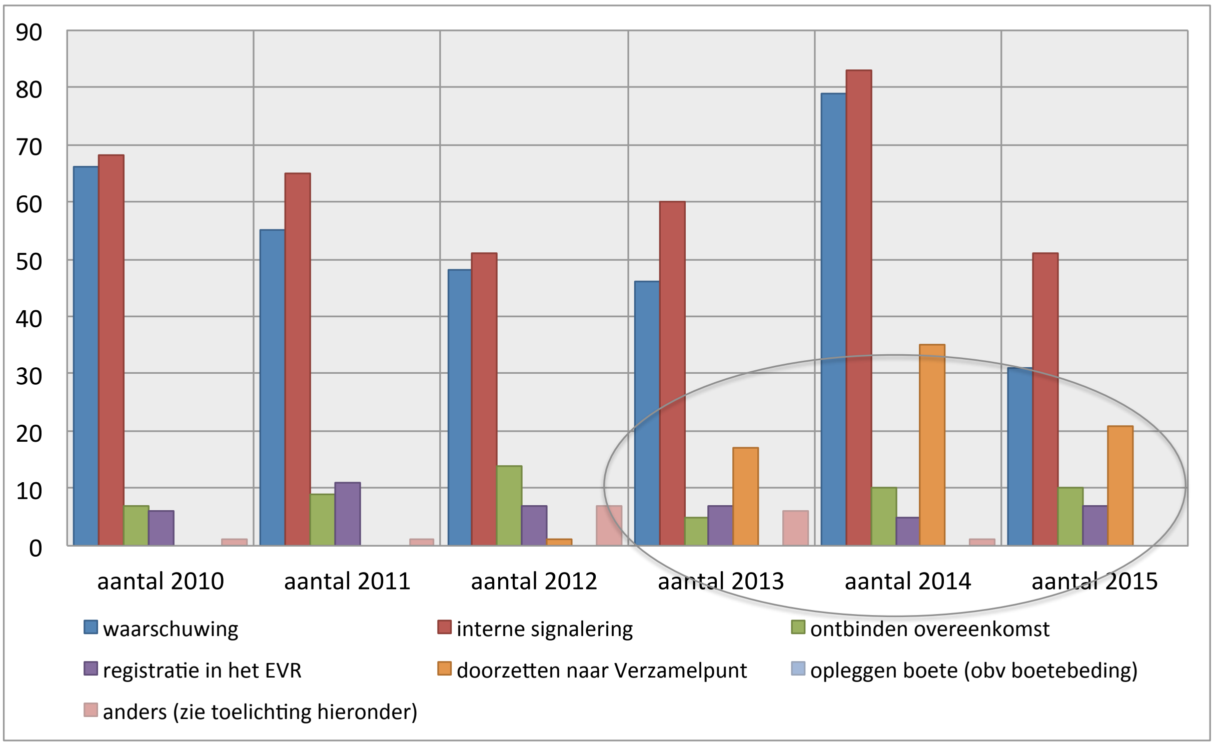
Figuur 3 Inzet instrumenten bij optreden tegen zorgfraude door zorgaanbieders, per verzekeraar (periode 1/1/2010 -1/11/2015)



Bron: Online enquête onder fraudecoördinatoren zorgverzekeraars (eigen bewerking Zorgvuldig Advies, 2015)

Onderstaande figuur 4 laat zien welke – al dan niet civielrechtelijke – instrumenten in de onderzoeksperiode (2010-2015) per jaar het meest frequent werden ingezet.

Figuur 4 Inzet instrumenten bij optreden tegen zorgfraude door zorgaanbieders, per jaar (periode 1/1/2010-1/11/2015)



Bron: Online enquête onder fraudecoördinatoren zorgverzekeraars (eigen bewerking Zorgvuldig Advies, 2015)

Vanaf de start van zowel het Verzamelpunt Zorgfraude in 2012 als ook het kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN in 2012 is het doorzetten van geconstateerde gevallen van zorgfraude via het kenniscentrum Fraudebeheersing naar het Verzamelpunt Zorgfraude zichtbaar in de grafiek. De categorie ontbinden overeenkomst ziet hier wederom op ontbinding van de overeenkomst met een zorgaanbieder.

De categorie "anders", levert bij vier zorgverzekeraars een score op. Het betreft hier verschillende meldingen. Eén zorgverzekeraar heeft een aantal zaken direct doorgezet naar de NZa zonder de Commissie Fraudebeheersing van ZN te willen betrekken. Vier zorgverzekeraars hebben gemeld dat zij gedurende de onderzoeksperiode (2010- 2015) aangifte hebben gedaan bij de politie[21]. Tot slot melden zorgverzekeraars bij beantwoording van deze vraag dat zij actie hebben ondernomen in verband met onverschuldigde betaling. In een aantal gevallen is daarbij sprake van terugvordering van de gemaakte onderzoekskosten.

Indien we bij deze gegevens de bovengemiddeld scorende zorgverzekeraar buiten beschouwing laten ontstaat een redelijk stabiel beeld wat betreft de inzet van het instrumentarium uit de Maatregelenrichtlijn waarbij de toename in het aantal doorzettingen naar het Verzamelpunt Zorgfraude opvalt. Het is goed om te realiseren dat 2015 gedurende het onderzoek een lopend jaar

[21] De NZa wees in het kader van dit onderzoek op het feit dat op grond van de huidige afspraken in de verzekeringsbranche (Protocol Verzekeraars & Criminaliteit en de Maatregelenrichtlijn) aangifte bij de politie niet langer aan de orde is.

betreft. Het daadwerkelijke aantal voor dat jaar zal naar alle waarschijnlijkheid toenemen.

Het boetebeding

Een boetebeding is een bepaling in een overeenkomst waarin staat dat als een bepaalde gebeurtenis plaatsvindt (of niet plaatsvindt) de ene partij een boete moet betalen aan de andere partij. Zorgverzekeraars maken tot nu toe geen gebruik van het boetebeding in de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het boetebeding is als zodanig ook niet in de Maatregelenrichtlijn van ZN opgenomen. Wel loopt er in de context van de Commissie Fraudebeheersing van ZN momenteel (eind 2015) een onderzoek naar het draagvlak onder zorgverzekeraars voor de inzet van het boetebeding.

In de online enquête is vooruitlopend op dat onderzoek navraag gedaan naar het mogelijk toekomstige gebruik van het boetebeding.

Op deze vraag in de online enquête is door de zorgverzekeraars geen eenduidig antwoord gegeven. Een aantal zorgverzekeraars ziet geen meerwaarde in het gebruik van het boetebeding. Een aantal zorgverzekeraars ziet wel meerwaarde voor de inzet van het boetebeding maar wil de juridische en organisatorische randvoorwaarden om het boetebeding in te zetten nader onderzocht hebben.

Belangrijk vraagpunt daarbij voor zorgverzekeraars is hoe om te gaan met het verschil tussen gecontracteerde zorg (op basis van een onderlinge relatie) en niet gecontracteerde zorg. De inzet van het boetebeding zou de situatie van de gecontracteerde zorg vanuit het oogpunt van de onderlinge relatie met de zorgaanbieder onnodig kunnen belasten aldus de zorgverzekeraars, terwijl het in de situatie van de niet gecontracteerde zorgaanbieder geen soelaas zou kunnen bieden. Gevallen van zorgfraude doen zich echter zowel bij gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor.

Bij de vraag over de inzet van het boetebeding verwijzen een aantal zorgverzekeraars naar de fraudepassage die zij opnemen in de overeenkomsten met zorgaanbieders

Onderstaand voorbeeld van een zorgverzekeraar toont aan dat deze verzekeraar in ieder geval in de contractuele voorwaarden heeft vastgelegd dat de zorgaanbieder bij geconstateerde fraude gehouden is tot het vergoeden van geleden schade inclusief de gemaakte onderzoekskosten.

Artikel XX. Fraude
De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.

De zorgaanbieder is bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van fraude.

Artikel XX. Einde overeenkomst
Onverminderd de bevoegdheid tot ontbinding van de overeenkomst kan de zorgverzekeraar de overeenkomst tussentijds opzeggen:
a. in geval van fraude;

Bovenstaand voorbeeld betreft de best-practice van één zorgverzekeraar. Het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars is niet uniform en ook het fraudebeleid kan per individuele zorgverzekeraar

verschillen.

De onderzoekers troffen op basis van de antwoorden van de zorgverzekeraars dan ook geen uniforme praktijk aan voor wat betreft het opnemen van een bepaling waarbij de zorgaanbieder bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding is verschuldigd. Op basis van het onderzoek en de aangedragen voorbeelden, concluderen de onderzoekers dat het boetebeding in de praktijk niet wordt ingezet.

4.2 De ervaringen met de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium

Over de uitkomsten de inzet van het instrumentarium bij fouten en fraude wordt jaarlijks gerapporteerd in het persbericht controle en fraudebeheersing van ZN, meest recent in juli 2015. De ervaringen met de inzet van het genoemde instrumentarium worden door zorgverzekeraars voor wat betreft fouten en zorgfraude niet structureel gemonitord. Het onderzoek kan daarom vooralsnog geen concluderend antwoord formuleren op de vraag van het ministerie van VWS naar wat het resultaat van de inzet van de genoemde instrumenten is.

De komst van de onderzoeksunit kan verbetering gaan brengen in het registreren van de opgedane ervaringen voor wat betreft zorgfraude. Eén van de doelen van de onderzoeksunit is namelijk het introduceren van een leercirkel waarbij sprake is van voortdurende evaluatie van de effecten van inzet van onderzoek en instrumentarium en het daaruit benoemen van verbeterpunten.

In zijn algemeenheid komen de onderzoekers op basis van de door de fraudecoördinatoren aangeleverde informatie tot de conclusie dat een neergaande lijn waarneembaar is in het aantal in behandeling genomen gevallen van zorgfraude. Vaak genoemde effecten van de inzet van het instrumentarium zijn, verandering in declareergedrag bij de zorgaanbieder en het gevoel te hebben dat van de inzet van het instrumentarium ook een preventieve werking naar andere zorgaanbieders uitgaat.

Het instrument ontbinding van de overeenkomst levert in ieder geval het beeld op dat voordat over wordt gegaan tot deze “zwaardere” maatregel men ook goed kijkt naar de continuïteit van de zorgverlening in een bepaalde regio.

Bij het instrument verzoek tot vervolg via het Kenniscentrum Fraudebeheersing / Verzamelpunt Zorgfraude ervaren de geïnterviewde fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars een gebrek aan terugkoppeling vanuit de ketenpartners bij doorgeleide zaken. Het is voor de zorgverzekeraars vaak niet duidelijk wat het effect is van het doorzetten van zaken naar ketenpartners.

4.3 Kwalitatieve onderbouwing bij het gebruik van het civielrechtelijke instrumentarium

Uit de uitgevoerde online enquête en verdiepende interviews komen de volgende argumenten voor het gebruik van het civielrechtelijke instrumentarium bij fouten en zorgfraude door zorgverzekeraars naar voren:

1. Zorgverzekeraars zien het inzetten van het civielrechtelijke instrumentarium bij fouten en fraude als sluitstuk om te komen tot doelmatiger zorg;

2. Het inzetten van het civielrechtelijke instrumentarium bij zorgfraude vergt veel tijd en aandacht van de zorgverzekeraar, terwijl de onderzoekscapaciteit beperkt is;
3. De samenwerking en onderlinge communicatie in de keten van fouten en fraudebeheersing in de zorg is niet optimaal georganiseerd. Betere onderlinge communicatie in de keten kan bijdragen aan het sneller en beter identificeren van fouten of potentiële zorgfraude en daarmee het draagvlak voor de inzet van civielrechtelijke instrumenten verhogen.

We geven bij ieder van deze argumenten een nadere toelichting.

Zorgverzekeraars zien het inzetten van het civielrechtelijke instrumentarium bij fouten en fraude als sluitstuk om te komen tot doelmatiger zorg

Zorgverzekeraars nemen het tegengaan van fouten en fraude in de zorg serieus. De inzet van het instrumentarium kent daarbij een gefaseerde aanpak waarbij het hiervoor beschreven onderscheid tussen fouten en zorgfraude een belangrijke rol speelt. Zorgverzekeraars vinden zelf dat zij in verschillende stadia van het proces om doelmatiger zorg te realiseren (aangaan, controleren en eventueel beëindigen van overeenkomsten met zorgaanbieders), voldoende gebruik maken van beschikbare instrumenten.

Op basis van de door de geïnterviewde fraudecoördinatoren gegeven antwoorden constateren de onderzoekers dat zorgverzekeraars beperkt gebruik maken van het ter beschikking staande civielrechtelijke instrumentarium bij fouten. De onderzoekers troffen bij fouten feitelijk geen andere substantiële inzet van het civielrechtelijke instrumentarium aan dan het terugvorderen of verrekenen van onverschuldigde betalingen. De onderzoekers troffen geen inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium aan bij fouten.

De onderzoekers constateren dat er tussen zorgverzekeraars onderling geen uniformiteit is in de uitvoeringspraktijk van het contracteer- en daaraan gekoppelde materiële en formele controle proces. Daarenboven beschouwen zorgverzekeraars het domein van de formele en materiële controle als concurrentieel. Het domein van de aanpak van zorgfraude is daarentegen niet concurrentieel, er is wel sprake van samenwerking tussen zorgverzekeraars en er is door de onderzoekers op dat gebied veel informatie aangetroffen over de beleidspraktijk.

Op basis hiervan constateren de onderzoekers dat zorgverzekeraars bij zorgfraude op gedoseerde wijze gebruik maken van het civielrechtelijke instrumentarium. Hierbij speelt de Maatregelenrichtlijn en de samenwerking tussen zorgverzekeraars in de Commissie Fraudebeheersing van ZN een belangrijke rol. Op basis van de Maatregelenrichtlijn maken zorgverzekeraars een nadrukkelijke afweging tussen het belang van inzetten van civielrechtelijke instrumenten, versus andere doelen zoals bijvoorbeeld de relatie met een zorgaanbieder, bewaken van het imago en voldoen aan hun zorgplicht en continuïteit van zorg. Inzetten van juridische maatregelen doet men op gebalanceerde wijze, gebaseerd op de eigenheden van een casus en volgt vaak als sluitstuk van een intensief traject.

Geïnterviewde fraudecoördinatoren van zorgverzekeraars wijzen de onderzoekers in het kader van dit onderzoek op het belang van de ontwikkeling, en hun inspanningen op het vlak, van horizontaal toezicht. Zorgverzekeraars maken in toenemende mate gebruik maken van preventieve maatregelen om fouten en fraude aan de voorkant tegen te gaan. Primair doel van horizontaal toezicht is herstel

van het vertrouwen, door samenwerking op basis van eigen verantwoordelijkheid en volledige transparantie.

De uitgangspunten bij het horizontaal toezicht zijn:

- het vooraf afstemmen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over relevante regels en risico's;
- zorgaanbieders die zichzelf controleren op naleving en fouten direct corrigeren;
- zorgaanbieders na afronding van het omzetjaar aan een representerende partij zekerheid laten geven over de werking van de OA/IC en over het controleresultaat;
- zorgverzekeraars hun achterafcontroles hier op laten afstemmen.

Gebruik van het boetebeding in de onderlinge relatie met de zorgaanbieder bijvoorbeeld staat in de ogen van geïnterviewden haaks op de ontwikkeling van het horizontale toezicht. Hier wordt de controle achteraf vervangen door afspraken vooraf, waarbij transparantie en wederzijds vertrouwen de uitgangspunten vormen.

Het inzetten van het civielrechtelijke instrumentarium bij zorgfraude vergt veel tijd en aandacht van de zorgverzekeraar, terwijl de onderzoekscapaciteit beperkt is

Aan het daadwerkelijk inzetten van het instrumentarium van de Maatregelenrichtlijn in het kader van geconstateerde zorgfraude gaat een intensief onderzoeksproces vooraf. Alvorens een civielrechtelijk instrument (of andersoortige sanctie uit de Maatregelenrichtlijn) in te zetten heeft er een intensief proces van controle en fraudeonderzoek plaatsgevonden waarbij verschillende onderdelen van de zorgverzekeraar zoals de afdeling zorgcontractering, formele en materiële controle, de fraude unit en in sommige gevallen het bestuur van de zorgverzekeraar betrokken zijn geweest.

Met oog op juridische procedures die kunnen volgen op de inzet van het instrumentarium is de opbouw van het bewijs door de zorgverzekeraar een belangrijk speerpunt in het fraudebeleid. De opbouw van dat bewijs kost veel tijd en het is geen eenvoudig proces. Een zorgverzekeraar kan niet eenvoudig bewijs veiligstellen dat in handen is van de zorgaanbieder. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een schaduwadministratie bij de frauderende zorgaanbieder. In de praktijk blijken administraties nogal eens te verdwijnen als de frauderende zorgaanbieder door heeft dat de zorgverzekeraar een fraude onderzoek is gestart.

In samenhang met het onderzoek dient de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium of andersoortige sancties uit de Maatregelenrichtlijn te voldoen aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit, de werking van redelijkheid en billijkheid en het vereiste van een deugdelijke motivering. Geïnterviewde fraudecoördinatoren geven aan dat civielrechtelijk ingrijpen in de overeenkomst met de zorgaanbieder verreist dat de zorgverzekeraar zijn case, vanuit de bewijspositie en vanuit de onderbouwing van de sanctie, goed heeft voorbereid. De onderzoekscapaciteit bij de fraudecoördinator en/of de afdelingen speciale zaken is echter beperkt. De teams die fraudeonderzoek doen, doen dat zowel voor de zorgverzekeraars als de zorgkantoren en zijn om hun werklast te kanaliseren over de onderzoeksperiode (2010-2015) in toenemende mate over aan het gaan naar onderzoek op basis van risicoprofielen.

De samenwerking en onderlinge communicatie in de keten van fouten en fraudebeheersing in de zorg is niet optimaal georganiseerd

De keten van fraudebeheersing (individuele zorgverzekeraars, het samenwerkingsverband van zorgverzekeraars en de diverse samenwerkingsverbanden met andere ketenpartners) is niet optimaal georganiseerd. De onderzoekers constateren dat er op drie niveaus verbetering te realiseren is:

1. Intern bij de zorgverzekeraar;
2. Tussen zorgverzekeraars onderling;
3. In de keten tussen zorgverzekeraars en andere ketenpartners.

Ad. 1 Intern bij de zorgverzekeraar.

Uit de afgenomen interviews blijkt dat het starten van fraudeonderzoek door zorgverzekeraars op basis van uitkomsten uit de formele en materiële controle onduidelijk en niet eenduidig is. Het lijkt erop dat fraudeonderzoek in de praktijk veelal voortkomt uit signalen van derden (journalisten, verzekerden, cliënten of de zorgaanbieders over elkaar) en niet of nauwelijks op basis van de formele en materiële controle.

Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat het erg lastig is om op basis van de formele en materiële controle kwade opzet aan te tonen. Signalen van bijvoorbeeld verzekerden en oud medewerkers van instellingen zijn vaak al goed onderbouwd. Een tweede mogelijke verklaring is het gegeven dat materiële controle door zorgverzekeraars als concurrentieel domein wordt gezien, terwijl dit bij de aanpak van zorgfraude niet het geval is (geweest). Dit bemoeilijkt de kruisbestuiving tussen de formele en materiële controle en het fraudeonderzoek.

De interne coördinatie is niet bij alle zorgverzekeraars een punt van aandacht. Zo is er tijdens het onderzoek een best practice van een zorgverzekeraar naar voren gekomen waarbij de afdelingen inkoop, materiële controle en fraudebeheersing direct en continue met elkaar schakelen en elkaar informeren. Het betrof hier een regionale zorgverzekeraar. De NZa heeft deze zorgverzekeraar in een recente audit een uitstekende waardering gegeven voor de organisatie van de fouten en fraudebeheersing[22].

De NZa heeft, laatstelijk in haar rapport uitvoering AWBZ 2013, gewezen op het belang van een goede wisselwerking tussen het domein van de formele en materiële controle (fouten) en het domein van het fraudeonderzoek (opzet): Een belangrijk verbeterpunt in de uitvoering van de onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik is “het voldoende betrekken van de coördinator fraudebestrijding bij de uitkomsten uit de intensieve en materiële controle voor het signaleren van misbruik en oneigenlijk gebruik[23].”

[22] Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012 Vereveningsonderzoek en compensatie eigen risico (CER), NZa februari 2014, blz. 7, tabel 1 performance indicatoren Zvw 2012

[23] Samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2013, NZa, verbeterpunten bij hoofdstuk 2.13 Prestatie-indicator Bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik, blz. 59 e.v.

Uit onderstaande overzicht van het verzamelpunt zorgfraude blijkt dat het merendeel van de signalen van zorgfraude bij derden, niet zijnde de zorgverzekeraar zelf, vandaan komen.

Tabel 2 Aantal signalen per categorie melder (uniek)

Categorie melder	Aantal signalen	% van totaal
Patiënt/cliënt of naaste	435	65%
Zorgverzekeraar/zorgkantoor	72	11%
Intern/eigen onderzoek	44	7%
Klokkenluider zorgaanbieder	31	5%
Anoniem	28	4%
Zorgaanbieder	15	2%
Branche- of belangenvereniging	12	2%
Ander overheidsorgaan	5	1%
Anoniem via Meld Misdaad Anoniem	2	0%
Onbekend/overige	24	4%
Totaal	668	100

Bron: rapportage Verzamelpunt Zorgfraude 2014, NZa maart 2015

Ad. 2 Tussen zorgverzekeraars onderling.

Onderzoekers wijzen op het feit dat de processen van zorginkoop, van de formele en materiële controle en van onderzoek naar zorgfraude per zorgverzekeraar verschillen. Er is, mede vanuit het feit dat zorgverzekeraars zich in een concurrerende markt bevinden, geen sprake van uniformiteit in aanpak bij fouten. Zo werken sommige zorgverzekeraars in hun onderzoeksmethodiek vanuit signaaltoezicht en anderen op basis van signaaltoezicht én toezicht op basis van geformuleerde risicoprofielen. Ook de interne betrokkenheid van andere afdelingen wisselt per verzekeraar. Wel lijkt er in toenemende mate sprake is van vervlechting van de controleprocessen (technische, formele, materiële en gepast gebruik) met de onderzoeksprocessen in het kader van de zorgfraude.

Uit de in het kader van dit onderzoek ingezette onderzoeksmethoden is gebleken dat zorgverzekeraars, c.q. de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars, een begin lijken te hebben gemaakt om de materiële controle niet langer als concurrentieel te beschouwen.

Naast verschillen in de onderzoeksmethodiek verschilt ook de inzet van het instrumentarium uit de Maatregelenrichtlijn per verzekeraar. Dat laatste is overigens ook verklaarbaar omdat de Maatregelenrichtlijn adviserend van aard is. Het is uiteindelijk aan de individuele zorgverzekeraar om te beoordelen hoe maatregelen in een specifieke casus in te zetten.

De Commissie Fraudebeheersing werkt momenteel aan een plan om te komen tot één centrale onderzoeksunit op het vlak van fraudebeheersing. Het doel daarvan is de krachten van de zorgverzekeraars te bundelen bij landelijke fraudeonderzoeken en het uniformeren van de inzet van maatregelen met als belangrijkste uitgangspunten:

- Voorkomen dubbel werk;
- Uniformiteit in werkwijze;
- Eén aanspreekpunt / communicatiekanaal in de keten;

- 'Doorzettingsmacht'

Ad. 3 In de keten tussen zorgverzekeraars en andere ketenpartners.

Zorgverzekeraars zouden bij hun inkoopproces beter gebruik kunnen maken van bestaande informatie bij andere ketenpartners. Ketenpartners kunnen een bijdrage leveren door informatie over integriteit en financiële betrouwbaarheid van zorgaanbieders beter aan te bieden aan zorgverzekeraars. Uit het onderzoek blijkt dat er onder zorgverzekeraars sprake is van aanzienlijk frustratie over de onderlinge samenwerking met ketenpartners. Het betreft hierbij partners die actief zijn binnen de verschillende formele structuren zoals het Verzamelpunt Zorgfraude, uit het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) en de Taskforce Integriteit Zorgsector (TiZ). De onvrede over de resultaten van de samenwerking tempert het enthousiasme om aan de samenwerking deel te nemen. De samenwerking in de keten stokt vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars voornamelijk op de volgende punten:

- Informatie over door zorgverzekeraars aan ketenpartners overgedragen dossiers. Door zorgverzekeraars, al dan niet via het verzamelpunt zorgfraude, overgedragen dossiers worden niet altijd in behandeling genomen. Het ontbreekt aan terugkoppeling in lopende dossiers. Ketenpartners informeren elkaar slecht over de voortgang van de behandeling.
- De overdracht van kennis over de aanpak van zorgfraude. Het is zorgverzekeraars op voorhand onduidelijk welke maatstaven en standaarden ketenpartners hanteren voor het in behandeling nemen van dossiers c.q. meldingen via het Verzamelpunt Zorgfraude.
- De overdracht van inhoudelijke informatie in een dossier. Zorgverzekeraars en ketenpartners in het publieke domein (bijv. de IGZ en de NZa) wisselen op case niveau geen gegevens met elkaar uit. Zowel zorgverzekeraars als ketenpartners in het publieke domein geven aan dat privacy wetgeving zoals de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) in de weg staat aan inhoudelijke samenwerking op case niveau.

5 Inzet van het tuchtrechtelijk instrumentarium door zorgverzekeraars

5.1 Kwantitatieve onderbouwing bij het gebruik van het tuchtrechtelijke instrumentarium

Voorafgaand aan dit onderzoek ontving het ministerie van VWS naar aanleiding van debatten in de Tweede Kamer een signaal dat het tuchtrechtelijk instrumentarium weinig of niet door zorgverzekeraars wordt ingezet bij het tegengaan van fouten en fraude in de zorg. Na dit signaal is het ministerie van VWS gesprekken aangegaan met het Centraal Tuchtcollege en de IGZ om te toetsen of het tuchtrechtelijk instrumentarium inderdaad weinig of niet door zorgverzekeraars wordt ingezet bij het tegengaan van fouten en fraude in de zorg.

Op basis van van de in dit onderzoek uitgevoerde onderzoeksactiviteiten is gebleken dat het bovengenoemde signaal correct is. Zorgverzekeraars maken niet of nauwelijks gebruik van het tuchtrechtelijke instrumentarium bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

Resultaten op basis van het bronnenonderzoek

Zoals beschreven in paragraaf 4.1 is tijdens het uitgevoerde bronnenonderzoek in het kader van dit onderzoek gebruik gemaakt van een aantal zoektermen bij het doorzoeken van de juridische databanken.

Over de onderzoeksperiode (2010-2015) is slechts één uitspraak, van zeer recente datum, aangetroffen waarbij de zorgverzekeraar het initiatief heeft genomen tot de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium. De tuchtrechter heeft op 8 december 2015 uitspraak gedaan op basis van een door de zorgverzekeraars CZ/VGZ geformuleerde tuchtklacht in het kader van een fraudeonderzoek.

Resultaten op basis van de online enquête en verdiepende interviews

<u>Fouten</u> en de inzet van het <u>tucht</u>rechtelijke instrumentarium

De uitgevoerde online enquête en verdiepende interviews onder de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars onderschrijven het beeld dat uit het bronnenonderzoek naar voren is gekomen.

In het kader van de vraagstelling van het onderhavige onderzoek kan op basis van afgenomen interviews en online enquête en aanvullende vragen onder de zorgverzekeraars worden geconstateerd dat bij door zorgverzekeraars geconstateerde fouten, die door zorgverzekeraars niet worden gekwalificeerd als zorgfraude, nooit sprake is (geweest) van inzet van het tuchtrechtelijk instrumentarium door zorgverzekeraars.

Zorg<u>fraude</u> en de inzet van het <u>tucht</u>rechtelijke instrumentarium

Uit de online enquête blijkt dat in ieder geval drie zorgverzekeraars beperkt gebruik hebben gemaakt van de inzet van het tuchtrechtelijk instrumentarium bij geconstateerde zorgfraude. In de jaren 2013 en 2015 is in totaal drie keer sprake van inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium door

zorgverzekeraars. Het is in die gevallen slechts één keer tot een uitspraak gekomen. Het betreft hierbij een zeer recente uitspraak van 8 december 2015[24]. Conclusie op basis van de door ons gehanteerde onderzoeksmethoden is dan ook dat het tuchtrechtelijke instrumentarium tot zeer recent praktisch geen rol van betekenis speelde bij het optreden tegen zorgfraude door zorgaanbieders.

Box: Tuchtzaak van 8 december 2015

In de onderhavige tuchtzaak zijn twee zorgverzekeraars ieder met een eigen dossier bijgestaan door dezelfde advocaat. Er heeft ook onderling overleg tussen de zorgverzekeraars plaatsgevonden. Tegen de frauderende zorgaanbieder loopt ook al langere tijd een strafrechtelijk onderzoek. De door de verzekeraars ingediende tuchtklacht houdt zakelijk weergegeven in dat:

Verweerder in strijd handelt met de norm als bedoeld in artikel 47 lid 1 onder b Wet BIG. Meer specifiek handelt verweerder klachtwaardig door geen medewerking te verlenen aan het door klaagster ingestelde fraudeonderzoek. Op grond van artikel 87 lid 1 van de Zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde artikel 7.4 lid 4 van de Regeling Zorgverzekering alsook op grond van de artikelen 8.3 en 8.4 van het algemeen deel van de samenwerkingsovereenkomsten is verweerder daartoe wettelijk en contractueel verplicht, aldus klaagster. Klaagster verzoekt de doorhaling van verweerder in het BIG-register als arts en psychotherapeut.

Het regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg Amsterdam oordeelde in de bewuste zaak dat:

In het algemeen belang van de gezondheidszorg is immers dat de zorgverzekeraar de gelegenheid krijgt om – indien gegronde redenen daartoe zijn- een onderzoek te doen naar het declaratiegedrag van de hulpverlener. Gelet op het feit dat verweerder als verdachte is aangemerkt in een strafrechtelijk onderzoek naar fraude in de zorg, had klaagster een gegronde reden een onderzoek naar verweerder in te stellen. Nu verweerder niet meewerkt aan een dergelijk onderzoek, handelt verweerder daarom in strijd met de tweede tuchtnorm.

Verweerder dient zich als beroepsbeoefenaar toetsbaar op te stellen. Het in strijd met een contractuele verplichting niet meewerken aan een fraudeonderzoek door een zorgverzekeraar op basis van een serieuze verdenking is met deze gehoudenheid in strijd. Door geen gehoor te geven aan oproepen tot medewerking aan een dergelijk onderzoek, het zich daarvoor dus niet open te stellen laat staan opheldering te verschaffen, wordt de effectiviteit en uitkomst van dit onderzoek immers bij voorbaat gefrustreerd. De zorgverzekeraar is hierdoor niet alleen als contractspartij geblokkeerd in haar belang bij nakoming van de samenwerkingsovereenkomst, maar bovendien in diens toezichthoudende taak betreffende het rechtmatig karakter van de ontvangen en te betalen declaraties en in dat kader de bestrijding van declaratiefraude. Declaratiefraude brengt de integriteit van de individuele gezondheidszorg in diskrediet. Aldus wordt ernstige schade toegebracht aan het vertrouwen in de individuele gezondheidszorg.

De patiënt mag erop vertrouwen dat de arts de kosten van een behandeling juist declareert, mede om daardoor als patiënt zelf ook niet in de problemen te komen, en dat de arts ook in het kader van de declaratie juiste informatie geeft over de gegeven diagnose en behandeling. Daarom is de beroepsbeoefenaar gehouden zich ook wat zijn declaratiegedrag betreft toetsbaar op te stellen jegens de zorgverzekeraar met wie hij een samenwerkingsovereenkomst heeft, en dus te verklaren over en inzicht te geven in de declaraties die hij op basis van verleende individuele gezondheidszorg verstuurt aan de verzekeraar. Het bestaan dan wel mogelijk ontstaan van een strafrechtelijke verdenking doet aan deze gehoudenheid in beginsel niet af.

[24] http://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI__NL__TGZRAMS__2015__114

De klacht betrof als zodanig niet het financieel onzorgvuldig handelen door de zorgaanbieder of het feit dat de zorgaanbieder gefraudeerd heeft maar het feit dat de zorgaanbieder niet wilde meewerken aan het fraudeonderzoek. Het bestaan van een contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder vormde een essentieel onderdeel van deze uitspraak. De tuchtrechter oordeelde dat in dat geval sprake is van een klachtgerechtigde zorgverzekeraar. Er kan derhalve, met inachtneming van de overige criteria voor ontvankelijkheid, door de zorgverzekeraar met succes een beroep worden gedaan op de tweede tuchtnorm. Het is op basis van deze uitspraak onzeker of een zorgverzekeraar bij het ontbreken van een overeenkomst als rechtstreeks belanghebbende kan worden gezien.

5.2 De ervaringen met de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium

De uitspraak van 8 december 2015 heeft de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars doen inzien dat ook de weg van het tuchtrecht met succes bewandelbaar is. De uitspraak laat echter een aantal vragen onbeantwoord. Hoe om te gaan met de situatie waarbij geen sprake is van een onderliggende overeenkomst? Denk daarbij aan tandartsen waarbij zorgverzekeraars in praktisch 95% van de gevallen geen overeenkomst hebben gesloten met de zorgaanbieder. Tevens blijft de vraag staan of een zorgverzekeraar in dat geval als rechtstreeks belanghebbende kan worden gekwalificeerd. Vraag is tenslotte ook of een tuchtrechtelijke procedure gebaseerd op de klacht dat er sprake is van fraude door een zorgaanbieder tot een vergelijkbaar resultaat zal leiden.

De impact van deze uitspraak op het gedrag van zorgverzekeraars met betrekking tot het inzetten van het tuchtrechtelijke instrumentarium bij zorgfraude is dan ook lastig te voorspellen. Enerzijds kan het een stimulans zijn om vaker gebruik te maken van het tuchtrechtelijke instrumentarium waar de kwaliteit van zorg in het geding komt, anderzijds kan deze uitspraak een stimulans zijn om meer te dreigen met inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium, waarbij het niet concreet tot meer inzet van het instrumentarium zal komen.

5.3 Kwalitatieve onderbouwing van het beperkte gebruik van het tuchtrechtelijke instrumentarium

Op basis van de uitgevoerde online enquête en verdiepende interviews kunnen de volgende redenen worden opgetekend waarom zorgverzekeraars tot voor kort vrijwel geen gebruik hebben gemaakt van het tuchtrechtelijke instrumentarium bij zorgfraude:

1. Zorgverzekeraars waren tot voor kort onvoldoende bekend met de mogelijkheden van de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium;
2. Een deel van de zorgverzekeraars ziet het tuchtrechtelijk instrumentarium niet primair als het meest optimale instrumentarium voor de aanpak van zorgfraude;
3. Zorgverzekeraars zien het inzetten van het tuchtrechtelijke instrumentarium bij fouten en fraude als sluitstuk om te komen tot doelmatiger zorg.

We geven bij ieder van deze argumenten een nadere toelichting.

Zorgverzekeraars waren tot voor kort onvoldoende bekend met de mogelijkheden van de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium

Zorgverzekeraars hadden tot voor kort weinig tot geen ervaring met de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium. Uit respons op de online enquête en de verdiepende interviews is gebleken dat zorgverzekeraars over de onderzoeksperiode (2010-2015) wel geprobeerd hebben om tuchtrechtelijke procedures te starten. Twee verzekeraars hebben aangegeven in 2013, in afzonderlijke zaken, via de IGZ een tuchtprocedure te willen starten. In beide gevallen is door de zorgverzekeraar aan de IGZ verzocht om op basis van de eerste en/of tweede tuchtnorm van de Wet BIG tuchtrechtelijk op te treden. De zorgverzekeraar heeft er derhalve niet voor gekozen om zelf een tuchtklacht in te dienen bij een tuchtcollege.

In het ene geval heeft de zorgverzekeraar er voor gekozen om in een lopende civielrechtelijke procedure met dezelfde zorgaanbieder te schikken. Dit omdat zij geen voortgang zag in zowel het strafrechtelijke- als tuchtrechtelijke traject en de tegenpartij in de civiele zaak wilde schikken. Eén van de aan deze schikking verbonden voorwaarden was dat de betreffende zorgverzekeraar geen nieuwe stappen zou ondernemen tegen de betreffende zorgaanbieder.

In het andere geval heeft de zorgverzekeraar er, na overleg met de IGZ in het jaar 2015, per brief van 14 december 2015 op aangedrongen om schriftelijke en gemotiveerde onderbouwing te geven voor het uitblijven van acties van de kant van de IGZ.

De onbekendheid met het instrumentarium heeft er mogelijk ook aan bijgedragen dat het tuchtrechtelijke instrumentarium als zodanig, tot op heden, niet is opgenomen in de Maatregelenrichtlijn van ZN. De basis voor het “gezamenlijk” optreden tegen zorgfraude door zorgverzekeraars ligt in de Maatregelenrichtlijn van ZN.

De reeds geconstateerde gebrekkige afstemming tussen ketenpartners speelt ook hierbij een rol. Specifiek in relatie tot de IGZ hebben de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars aangegeven onvoldoende te weten over de mogelijkheden om gebruik te maken van het tuchtrechtelijke instrumentarium. Deze gebrekkige afstemming ziet hierbij dus specifiek op kennisoverdracht in brede zin. Een goede afstemming op dit punt kan bijdragen aan het wegnemen van onbekendheid met het instrumentarium aan de zijde van de zorgverzekeraar.

Een tweede vorm van gebrekkige afstemming ziet op de wettelijke belemmering om op zaaksniveau informatie te delen tussen de IGZ en de zorgverzekeraar. Een verklaring daarvoor is te vinden in het feit dat met name het aan de IGZ-inspecteur wettelijk toegekende afgeleid beroepsgeheim en de WBP het problematisch maken om met een zorgverzekeraar samen op te trekken en/of medische persoonsgegevens te delen. De IGZ heeft hierbij ook te bewaken dat zij haar toezichthoudende bevoegdheden op correcte wijze inzet. Het moet ook voor beroepsbeoefenaren ‘veilig’ zijn om (medisch vertrouwelijke) informatie met de IGZ te delen.

Een deel van de zorgverzekeraars ziet het tuchtrechtelijke instrumentarium niet primair als het meest optimale instrument voor de aanpak van zorgfraude

Hoewel de uitspraak van de tuchtrechter van 8 december 2015 een positieve impuls heeft gegeven

aan de weging van het tuchtrechtelijke instrumentarium als middel om zorgfraude te bestrijden blijven zorgverzekeraars op basis van een individuele casus een afweging tussen alle beschikbare middelen. Naar aanleiding van het fraudeonderzoek kiezen zorgverzekeraars vanuit de eigenschappen van een specifieke casus en het te bereiken doel voor het meest optimale middel.

De civielrechtelijke middelen krijgen hierbij veelal de voorkeur. Met het oog op de vraagstelling van dit onderzoek heeft de inzet van het civielrechtelijke instrumentarium derhalve ook de voorkeur boven het tuchtrechtelijke instrumentarium:

- Het te behalen resultaat met het tuchtrecht strookt niet in alle gevallen met het door zorgverzekeraars beoogde resultaat. Verzekeraars beogen in eerste instantie het ten onrechte uitgekeerde bedrag terug te krijgen (visie: zorggeld moet worden besteed aan zorg en niet wegvloeien naar fraudeurs). Het medisch tuchtrecht kent de sanctie van terugbetaling van onverschuldigde betalingen niet.
- Het kost zorgverzekeraars, mede door het gebrek aan kennis van het tuchtrecht in vergelijking met de kennis van het civiele recht, veel tijd en moeite om gebruik te maken van het tuchtrechtelijke instrumentarium.
- Een deel van de zorgverzekeraars brengt potentiele tuchtzaken voortkomend uit het eigen onderzoek liever onder de aandacht van de IGZ zodat de IGZ tuchtrechtelijke kan optreden.

Zorgverzekeraars zien het inzetten van het tuchtrechtelijke instrumentarium bij fouten en fraude als sluitstuk om te komen tot doelmatiger zorg.

In lijn met hetgeen beschreven is in de onderbouwing van dit argument onder het hoofdstuk inzet civielrechtelijke instrumentarium (blz. 30) zien zorgverzekeraars ook het tuchtrechtelijke instrumentarium als sluitstuk om te komen tot doelmatiger zorg. De inzet van het totale instrumentarium kent daarbij een gefaseerde aanpak waarbij het hiervoor beschreven onderscheid tussen fouten en zorgfraude een belangrijke rol speelt.

Bij de afwegingen om een instrument in te zetten houden zorgverzekeraars rekening met de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit, de werking van redelijkheid en billijkheid en het vereiste van een deugdelijke motivering. Ook bij de inzet van het tuchtrechtelijke instrumentarium hanteert men deze afweging. Daarenboven kan de omvang van de zaak, de zorgsoort, de voorbeeldfunctie en de uitkomsten van een bepaalde risicoanalyse een rol van belang spelen. Uit het onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars op basis van deze afwegingen het tuchtrecht tot nu toe beperkt hebben ingezet.

De fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars hebben gedurende het onderzoek en op basis van de tuchtrechtelijke uitspraak op 8 december 2015 aangegeven het tuchtrechtelijke instrumentarium naar de toekomst toe in toenemende mate als serieuze optie voor het handhavingsbeleid bij zorgfraude te bestempelen.

6 Aanbevelingen

Het ministerie van VWS heeft er bij de totstandkoming van het programmaplan rechtmatige zorg voor gekozen om vier met elkaar samenhangende thema's te formuleren om de doelstellingen van het plan rechtmatige zorg te realiseren:

1. Ketenbrede samenwerking;
2. Preventie;
3. Controle;
4. Handhaving.

De door het ministerie van VWS, bij het onderhavige onderzoek, geformuleerde vraagstelling, gebaseerd op signalen vanuit de Tweede Kamer ziet op het gebruik van het civiel- en tuchtrechtelijke instrumentarium bij fouten en fraude.

Uit het onderzoek is gebleken dat zorgverzekeraars vanuit de samenhang van ketenbrede samenwerking, preventie, controle en handhaving beleid formuleren en in de praktijk toepassen als het aankomt op de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Daarbij maken zorgverzekeraars een uitdrukkelijke afweging tussen het belang van inzetten van civielrechtelijke instrumenten, versus andere doelen zoals bijvoorbeeld de relatie met een zorgaanbieder, bewaken van het imago, continuïteit van zorg en voldoen aan hun zorgplicht.

Samengevat zetten zorgverzekeraars:

- bij fouten geen tuchtrechtelijke instrumentarium in;
- bij fouten beperkt civielrechtelijke instrumenten in (waarbij terugvorderen van onverschuldigde betalingen standaard beleid is);
- bij zorgfraude beperkt tuchtrechtelijke instrumentarium in (de recente uitspraak van de tuchtrechter wordt gezien als stimulans om het middel vaker in te zetten);
- bij zorgfraude gedoseerd civielrechtelijke instrumenten in.

Het signaal van de beperkte inzet van civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars wordt daarmee bevestigd, met de nuancering dat er recent een tuchtrechtelijke uitspraak is geweest en er in toenemende mate wordt samengewerkt bij de beheersing van zorgfraude en de gedoseerde inzet van instrumenten uit de Maatregelenrichtlijn. Op basis van het uitgevoerde onderzoek lijkt er sprake te zijn van dynamiek bij de inzet van civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars.

Op basis van het onderzoek komen wij tot een aantal aanbevelingen. De onderzoekers realiseren zich dat aanbevelingen deels gericht zijn op zorgverzekeraars en ketenpartners. Waar verbeterpunten primair gericht zijn op de uitvoeringspraktijk is de impliciete aanbeveling aan het ministerie van VWS om partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid – rekening houdend met afwegingen omtrent proportionaliteit, subsidiariteit, redelijkheid en billijkheid.

Aanbeveling 1

Aan zorgverzekeraars: een efficiëntere en effectievere samenwerking tussen de afdelingen controle en fraudebestrijding van een individuele zorgverzekeraar kan bijdragen aan het sneller en beter identificeren van fouten of potentiële zorgfraude en daarmee het draagvlak voor de inzet van civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten verhogen. Een effectieve inzet van civiel- en tuchtrechtelijke middelen vergt goede management informatie. Stimuleer intern het gebruik van informatie uit de controle instrumenten (in het kader van de formele en materiële controle) bij het tijdig signaleren van onrechtmatigheden en signalen van zorgfraude in declaratiegedrag. Bijvoorbeeld door meer onderlinge kruisbestuiving tussen de afdelingen formele en materiële controle en de afdelingen fraudebeheersing van zorgverzekeraars te organiseren.

Aanbeveling 2

Aan ZN: onderzoek de voor- en nadelen van meer samenwerking tussen zorgverzekeraars op het terrein van de formele en materiële controle om de efficiëntie van de aanpak van fouten te verbeteren. Daardoor krijgen zorgverzekeraars beter zicht op of “dezelfde” fout bij meerdere verzekeraars wordt gemaakt. Financiële consequenties kunnen in een (maatschappelijke) business case worden uitgewerkt. Maak daarbij duidelijk of en hoe de inzet van civiel- of tuchtrechtelijke middelen als instrumentarium, bij herhaalde fouten, kan bijdragen aan het reduceren van fouten. Het NZa-protocol voor vereveningsonderzoek schrijft aan de zorgverzekeraar geen specifieke controleaanpak voor. Samenwerking in de opzet en uitvoering van de materiële controle, zoals momenteel voor de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg (zelfonderzoeken) beoogt betere rechtmatigheidscontrole op te leveren. Uitbreiding van de samenwerking op het terrein van materiële controle is derhalve gewenst. De reeds bestaande samenwerking tussen zorgverzekeraars op het terrein van het bestrijden van zorgfraude in de Commissie Fraudebeheersing van ZN kan hierbij als voorbeeld dienen. Vraag een zienswijze op bij de ACM over de mogelijkheden om meer samen te werken op dit onderdeel dat nu nog als concurrentieel wordt beschouwd.

Aanbeveling 3

Aan de minister van VWS: stimuleer door middel van kennisoverdracht en/of financiële compensatie de vorming van de onderzoeksunit bij ZN. De onderzoeksunit kan bijdragen aan het bundelen van krachten door zorgverzekeraars op het vlak van de bestrijding van zorgfraude:

- Ten aanzien van uniformiteit van aanpak in onderzoek;
- Ten aanzien van uniformiteit bij de inzet van het (civiel- en/of tuchtrechtelijke) instrumentarium;
- Ten aanzien van het doorgeleiden, communiceren en bewaken van de behandeling van fraudezaken;
- Ten aanzien van onderlinge communicatie en afstemming met ketenpartners in de verschillende domeinen (civiel-, tucht, straf en bestuursrechtelijk).

Aanbeveling 4

Aan zorgverzekeraars en ZN: breid de Maatregelenrichtlijn – in lijn met de voorgaande aanbevelingen – uit tot het domein van fouten en overweeg de opname van aanvullende civiel- en

tuchtrechtelijke instrumenten in deze Maatregelenrichtlijn. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het boetebeding. Benut daarbij het door de zorgverzekeraars zelf uitgevoerde onderzoek naar een efficiënt gebruik van het boetebeding. De feitelijke vorming/lancering van de centrale opsporingsunit bij ZN kan een passend momentum opleveren voor de update van de Maatregelenrichtlijn.

Aanbeveling 5

Aan de minister van VWS: neem de regie op het verbeteren van de onderlinge communicatie en afstemming van de werkzaamheden tussen de ketenpartners op het domein van zorgfraude. Zorgverzekeraars hebben informatie van ketenpartners nodig, bijvoorbeeld informatie over of een zaak al dan niet op een andere wijze wordt onderzocht of afgedaan, om te beoordelen of zij hun eigen onderzoek en het afhandelen ervan op basis van het civiele- of tuchtrecht kunnen voortzetten. Door meer afstemming en betere communicatie/terugkoppeling in de keten wordt de inzet van het tucht- en civielrechtelijke instrumentarium door zorgverzekeraars effectiever.

zorgVuldig advies

Bijlage 1. Civielrechtelijke uitspraken waarbij de zorgverzekeraar het initiatief nam tot de inzet van civielrechtelijke instrumenten (periode 1-1-2010 tot en met 1-11-2015)

Nummer 1	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHDHA:2015:342
Betrokken zorgverzekeraar	Zilveren Kruis Achmea; OZF Achmea; Interpolis; FBTO; AGIS; Avéro Achmea (verweerders)
Essentie van de procedure	Gebruik goedkoper middel door zorgaanbieder
Achtergrond en uitspraak	Hoger beroep van zorgaanbieders tegen vonnis van Rb Den Haag waarin zorgverzekeraars eisende partij waren. Zorgverzekeringswet. Contract tussen zorgverzekeraar en apotheek voor de vergoeding aan de apotheek van farmaceutische zorg voor de verzekerden van de zorgverzekeraar. De vraag is of de voorwaarden die de zorgverzekeraar stelt aan de vergoeding van het geneesmiddel infliximab stroken met de voorwaarden voor verstrekking zoals die zijn neergelegd in Bijlage 2 bij de Regeling Zorgverzekering en de rapporten over infliximab van de Commissie Farmaceutische Hulp. Tussenarrest. Bewijsopdracht aan zorgverzekeraar.

Nummer 2	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2015:398
Betrokken zorgverzekeraar	DSW; O.W.M. STAD HOLLAND
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling declaraties
Achtergrond en uitspraak	Tussenvonnis: beslissing wordt aangehouden

Nummer 3	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBZWB:2015:1012
Betrokken zorgverzekeraar	CZ zorgkantoor (verweerder)
Essentie van de procedure	CZ heeft twijfels over juiste besteding PGB
Achtergrond en uitspraak	CZ Zorgkantoor weigert nieuwe PGB-aanvragen en wilde lopende PGB's intrekken voor PGB-cliënten aan wie SZH zorg verleent. Zorgaanbieder komt hiertegen in het geweer. Zorgkantoor wordt in het gelijk gesteld: zij heeft het ernstige vermoeden dat de door haar ter beschikking gestelde PGB's door SZH onjuist worden besteed en dat SZH geen goede zorg levert en/of zorg waarvoor het PGB niet is bedoeld. De feiten waarop CZ Zorgkantoor die ernstige vermoedens heeft gebaseerd zijn voldoende onderbouwd, onder meer door het overleggen van een conceptrapportage die goed is gedocumenteerd.

Nummer 4	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBOVE:2015:2468
Betrokken zorgverzekeraar	Zilveren Kruis Achmea; Interpolis; OZF Achmea; FBTO; AGIS; Avéro Achmea; Achmea; AGIS (ziektekosten)
Essentie van de procedure	Onrechtmatige declaraties
Achtergrond en uitspraak	De rechtbank Overijssel oordeelt dat tandartsengroepspraktijk Vrijheid uit Zwolle geen gedeclareerde geldbedragen aan zorgverzekeraars van Achmea hoeft terug te betalen. Niet is komen vast te staan dat de declaraties onrechtmatig waren.

zorgvuldig advies

Nummer 5	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHDHA:2015:2703
Betrokken zorgverzekeraar	DSW; O.W.M. STAD HOLLAND
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling declaraties
Achtergrond en uitspraak	Incident: tenuitvoerlegging wordt geschorst

Nummer 6	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2015:5252
Betrokken zorgverzekeraar	DSW; O.W.M. STAD HOLLAND
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling declaraties
Achtergrond en uitspraak	Verzekeraars hebben onvoldoende gesteld voor hun vorderingen tot terugbetaling van aan ZBC uitgekeerde declaraties op dbc's. Verzekeraar wordt in ongelijk gesteld. Vervolg op: http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2015:398

Nummer 7	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2014:1740
Betrokken zorgverzekeraar	DSW; O.W.M. STAD HOLLAND
Essentie van de procedure	Meewerken aan fraudeonderzoek
Achtergrond en uitspraak	Gebod aan zorgaanbieder om medewerking te verlenen aan het door DSW/Stad Holland gevoerde fraudeonderzoek, als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder v, van de Regeling zorgverzekering, naar aanleiding van de bevindingen zoals neergelegd in de rapporten met betrekking tot de Spiegelinformatie 2011 en 2012.

Nummer 8	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBMNE:2014:2742
Betrokken zorgverzekeraar	Zilveren Kruis Achmea
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling
Achtergrond en uitspraak	Bestuurdersaansprakelijkheid. Ernstig verwijt aan bestuurders medisch centrum doordat zij de situatie in stand hebben gelaten dat de declaraties voor door de stichting uitgevoerde laboratoriumonderzoeken, verstuurd aan een ziektekostenverzekeraar door een door de stichting ingeschakeld factoringbedrijf, onjuiste gegevens gegevens bevatten, als gevolg waarvan de kosten voor die onderzoeken werden vergoed, terwijl de verzekerden geen aanspraak konden maken op vergoeding van die kosten. Zorgaanbieder wordt veroordeeld tot 'terugbetaling'.

Nummer 9	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBDHA:2013:CA2375
Betrokken zorgverzekeraar	Zilveren Kruis Achmea; Interpolis; OZF Achmea; FBTO; AGIS; Avéro Achmea
Essentie van de procedure	Tekortkoming nakoming overeenkomst
Achtergrond en uitspraak	Terugbetalingsvordering van zorgverzekeraars in verband met door een apotheek gedeclareerde dure medicijnen (infliximab) voor patiënten met een ernstige therapieresistentie voor een tweetal ziektes (sarcoïdose en hidradenitis suppurativa). Volgens de zorgverzekeraars is niet voldaan aan de door hen gestelde voorwaarden, die voorschrijven dat de patiënten eerst behandeld dienen te worden met andere (goedkopere) medicijnen. Vordering toegewezen. Hoger beroep zorgaanbieder: http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHDHA:2015:342

Nummer 10	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBGEL:2013:2581
Betrokken zorgverzekeraar	VGZ (verweerder)
Essentie van de procedure	Brief aan patiënten zorgverlener bij te hoge facturen van de zorgverlener
Achtergrond en uitspraak	VGZ heeft onderzoek gedaan naar de tandartskosten die door haar verzekerden bij haar worden gedeclareerd. Bij circa 55 tandartspraktijken bleken de gemiddelde kosten per verzekerde per jaar zeer aanzienlijk boven het gemiddelde uit te komen. Eiser heeft geweigerd voldoende inlichtingen te verschaffen of verklaringen te geven of verder met VGZ in gesprek te gaan. Hierop heeft VGZ aan haar verzekerden die patiënt zijn bij eiser uiteindelijk een brief gestuurd waarin geïnformeerd wordt dat hun tandarts bovengemiddeld declareert en welke gevolgen dat voor hen kan hebben. Eiser stelt dat VGZ onrechtmatig jegens hem heeft gehandeld, in het bijzonder door zijn patiënten die bij VGZ zijn verzekerd aan te schrijven met de betreffende brief en vordert onder meer een rectificatie van die brief. Eiser wordt in ongelijk gesteld.

Nummer 11	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHSHE:2013:3971
Betrokken zorgverzekeraar	CZ zorgkantoor (verweerder)
Essentie van de procedure	Niet vermeld gebruik van onderaannemers zorgaanbieder
Achtergrond en uitspraak	Spoedeisend belang bij hoger beroep kort geding; zorgkantoor verbreekt contract met thuiszorgaanbieder wegens fraude (niet gemeld gebruik van onderaannemers). Eiser (zorgaanbieder) wordt in ongelijk gesteld.

Nummer 12	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2013:5312
Betrokken zorgverzekeraar	O.W.M. DSW (verweerder)
Essentie van de procedure	DSW is van mening dat de zorg van YWCC onrechtmatig en ondoelmatig is
Achtergrond en uitspraak	Vordering niet-gecontracteerde zorgaanbieder tegen zorgverzekeraar tot vergoeding declaraties van verzekerden. Jeugd-GGZ. Sprake van geneeskundige zorg? Detailcontrole/materiële controle. DSW wordt verboden om haar verzekerden en verzekerden van Stad Holland ongevraagd te adviseren zich niet onder behandeling van YWCC te stellen.

Nummer 13	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBROT:2013:5587
Betrokken zorgverzekeraar	DSW
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling; Onrechtmatige daad
Achtergrond en uitspraak	Zorgverzekeraar betaalt onjuiste facturen aan zorginstelling. Jegens de zorginstelling wordt succesvol een vordering uit onrechtmatige daad dan wel onverschuldigde betaling ingesteld. Daarnaast stelt de zorgverzekeraar een vordering uit hoofde van bestuurdersaansprakelijkheid in (gebaseerd op de artt.2:9 en 6:162 BW), die slaagt.

Nummer 14	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBMNE:2013:BZ9507
Betrokken zorgverzekeraar	Zilveren Kruis Achmea
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling laboratoriumonderzoeken
Achtergrond en uitspraak	Tussenvonnis: beslissing wordt aangehouden. Vervolg: http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBMNE:2014:2742

Nummer 15	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHLEE:2012:BW6422
Betrokken zorgverzekeraar	O.W.M. CZ GROEP
Essentie van de procedure	Zorgverzekeraars kunnen ten onrechte vergoede medicijndeclaraties niet op AWBZ instelling verhalen
Achtergrond en uitspraak	U-bocht constructie AWBZ. Kan ziektekostenverzekeraar uit ongerechtvaardigde verrijking ten onrechte vergoede medicijndeclaraties verhalen op de AWBZ-instelling? In dit geval niet.

Nummer 16	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBAMS:2012:BY7233
Betrokken zorgverzekeraar	DSW; O.W.M. STAD HOLLAND
Essentie van de procedure	Onverschuldigde betaling
Achtergrond en uitspraak	Kliniek biedt behandeling aan met een zgn. onzichtbare beugel en brengt daarvoor aan patiënten bedragen in rekening in strijd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tariefbeschikkingen. Verzekeraars vorderen (na cessie) van de kliniek betaling van de ten onrechte in rekening gebrachte bedragen, die door verzekeraars aan hun verzekerden zijn vergoed. Zorgaanbieder wordt veroordeeld tot 'terugbetaling'.

Nummer 17	http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBHAA:2011:BQ2255
Betrokken zorgverzekeraar	Achmea; Groene Land pwz; Zilveren Kruis Achmea
Essentie van de procedure	Terugbetaling ondoelmatige zorg
Achtergrond en uitspraak	Terugvordering van aan fysiotherapeut over 2005 uitbetaalde declaraties door Achmea afgewezen. Ziekenfondswet (oud). Geen deugdelijke vaststelling dat niet doelmatige/noodzakelijke zorg is verleend, nu de controle van de verrichtingen in strijd met het vooraf opgesteld controleplan was. Mede gelet op gedaagde haar inhoudelijke kritiek op het rapport en haar gemotiveerde stelling dat haar specifieke (geriatrische) patiëntpopulatie tot een bovengemiddeld aantal behandelingen noopte, evenmin onverschuldigde betaling.

Bron: Onderzoek civielrechtelijke databanken (eigen bewerking Zorgvuldig Advies)

zorgVuldig advies

Bijlage 2. Geraadpleegde bronnen en geïnterviewde personen

Geraadpleegde bronnen

- Programmaplan Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude 2015- 2018
- Voortgang Rechtmatige Zorg 2015, vierde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude, brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 29 oktober 2015, kenmerk 851129-142952-FBZ
- Maatregelenrichtlijn zorgverzekeraars bij vastgestelde fraude, Zorgverzekeraars Nederland , 6 augustus 2015
- Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland inzake de inzet van tuchtrecht en civielrecht door zorgverzekeraars, 2 oktober 2015, kenmerk 841115-141618-FBZ
- Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, programma evaluatie regelgeving, ZonMw, Den Haag oktober 2013
- Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland inzake de motie Rutte (VVD) "last resort"- verzekering, 28 mei 2015, kenmerk 760827-13112-FBZ
- Strategisch handhavingskader zorg, april 2015
- Rapportage Verzamelpunt Zorgfraude 2014, NZa maart 2015
- Eindrapportage verkenning Opsporingsfunctie in de zorg, Andersson Elffers Felix, 23 juni 2014
- Samenvattend rapport, onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg , NZa november 2014
- Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, paramedische zorg en medisch specialistische zorg, Fraude Detectie Expertise Centrum, 28 augustus 2014
- Stand van zaken activiteiten beleidsagenda TIZ , september 2013
- Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014 Zeist, 9 juli 2015
- Samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2013, door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK, NZa november 2014
- Samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2014, door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK, NZa november 2015
- Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012 Vereveningsonderzoek en compensatie eigen risico (CER), NZa februari 2014
- Samenwerking in uitvoering, ontwikkelingen binnen de ketenprocessen, Zorgverzekeraars Nederland, november 2012

Geïnterviewde personen

- Interview M. R., beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland, 17 november 2015
- Interview J. H., directie Toezicht en Handhaving NZa, 2 december 2015
- Interview met M. A., directie Zorgverzekeringen en D. M., directie MEVA van het ministerie van VWS, 8 december 2015
- Groepsinterview leden Commissie Fraudebeheersing Zorgverzekeraars Nederland, 9 december

2015

- Interview I. v. d. H., directeur bureau Eenheid Secretariaten Tuchtcolleges en Toetsingscommissies (ESTT), 10 december 2015
- Interview R. N. en J. B. fraudecoördinatoren DSW zorgverzekeraar, 15 december 2015
- Interview J. J. en S. H. , fraudecoördinatoren Coöperatie VGZ UA , 17 december 2015
- Interview B. S. en G. van D. en H. ter S., Inspectie voor de Gezondheidszorg, 17 december 2015
- Interview M. K., fraudecoördinator CZ, 22 december 2015

Bijlage 3. Samenstelling Expert focusgroep

Dhr. prof. dr. Johan Legemaate

Johan Legemaate (1958) is werkzaam als hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij onder meer lid-jurist van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, lid van de Raad van toezicht van de Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch en lid van de Raad van Advies van het College Bescherming Persoonsgegevens.

Zijn onderzoek richt zich vooral op wetsevaluatie. Hij was onder meer betrokken bij de thematische wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg (2013) en bij de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg (2014).

Dhr drs. Herry Moes

Herry Moes (1958) is directeur van CHS. Oorspronkelijk komt Herry uit de ziekenhuiswereld. Voorheen is Herry actief geweest als manager dienst klinische zorg in verschillende ziekenhuizen en verbonden geweest aan de Universiteit Utrecht als universitair docent Innovatie van zorg. In 2007 heeft Herry CHS opgericht en vanuit CHS een applicatie ontwikkeld om DBC's te controleren. Na 2007 heeft CHS zich gestaag verder ontwikkeld. Naast analyseproducten op het gebied van medisch specialistische zorg zijn ook producten ontwikkeld op het gebied van de GGZ en Farmacie. CHS bedient als onafhankelijke partij binnen de sector MSZ, GGZ en Farmacie diverse zorginstellingen en tevens de zorgverzekeraars. Inmiddels gebruiken alle zorgverzekeraar de applicaties van CHS.

Herry kent de keten van zorginkoop, declaratie en validatie van binnenuit en weet welke keuzes verzekeraars maken bij het inzetten van instrumenten om het proces van declaratie rechtmatig te laten verlopen en tegen welke belemmeringen verzekeraars aanlopen. Herry promoveert momenteel op het onderwerp rechtmatigheid- en doelmatigheidscontrole in de zorg.

Dhr dr. Romke Bontekoe

Romke Bontekoe (1954) is data scientist geschoold in de wis-, natuurkunde en sterrenkunde. Romke is geruime tijd werkzaam geweest in de ruimtevaartindustrie en heeft daar veel ervaring opgedaan met statistiek, programmeren en visualisatie. Via Deloitte heeft Romke ervaring opgedaan met fraude onderzoeken in de zorg. Hij werkte bijvoorbeeld aan de detectie van fraudepatronen bij vrije beroepsbeoefenaren en de stroomlijning van fraudedetectie door uitkeringsinstanties.

Hij deed in opdracht onderzoek naar vermeende fraude door middel van analyse van patronen in declaraties. Daarnaast heeft Romke via het Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium ervaring opgedaan op het gebied van de ontwikkeling en support van DBC ziektekosten software declaratiemodules. Op dit moment is kennisoverdracht aan de jongere generatie voor Romke belangrijk. Want de jongere generatie geeft de toekomst vorm.

zorgVuldig advies

Dhr dr. Jan-Koen Sluijs

Jan-Koen Sluijs (1967) is advocaat / partner bij Floret en heeft een advies- en procespraktijk op het gebied van het mededingingsrecht, staatssteun en Europees vrij verkeersrecht. Hij staat cliënten bij op het snijvlak van overheidsregulering en marktwerking, met name in de zorgsector. In 2004 promoveerde Jan-Koen op de gevolgen van gereguleerde marktwerking in het licht van het mededingingsrecht en het Europees recht van de interne markt. De liberalisering van de zorgmarkt en de gevolgen daarvan nemen in zijn praktijk nog steeds een belangrijke plaats in. Als advocaat staat hij zorgaanbieders bij die betrokken zijn bij vermeende onrechtmatigheden en fraude in de zorg. Voordat Jan-Koen in 2007 de overstap maakte naar de advocatuur, was hij vier jaar als senior jurist werkzaam bij de juridische dienst van de ACM (toen NMa). Hij werkte daarvoor als wetenschapper en adviseur aan het TMC Asser Instituut.